Rok I, Seria II, Kraków Nr 1 (1 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11 a Tel. 543-16

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I, Seria II Kraków Nr 1 (1 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11 a Tel. 543-16

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski, Czł.: prof. dr St. Ciechanowski, dr J. K. Gołąb, dr J. Hozer. prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, doc. dr Z. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Zamordowanym i zmarłym swym Członkom honorowym, Członkom zwyczajnym i Kolegom lekarzom, którzy swe życie złożyli w ofierze DLA OJCZYZNY

składa wyrazy czci i hołdu pośmiertnego

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

CZŁONKOM ZARZĄDU

Prof. U. J. Drowi Marianowi Gieszczykiewiczowi
Stałemu sekretarzowi
zamordowanemu zbrodniczą ręką germańskiego najeźdźcy

Drowi Rafałowi Spirze
Bibliotekarzowi poległemu w czasie działań wojennych

Drowi Adamowi Ackermanowi
długoletniemu Skarbnikowi

składa wyrazy czci i pośmiertnego hołdu

POZOSTAŁY ZARZĄD
KRAKOWSKIEGO TOW. LEKARSKIEGO

Stary, przed wiekiem prawie (1862) założony „*Przegląd Lekarski*“, teraz pierwszy wskrzesza czasopiśmiennictwo lekarskie polskie, zamarłe przez lat kilka.

Cóż nakłada na „Przegląd“ ten niezaprzeczalny, święty obowiązek, co nadaje mu to zaszczytne prawo, by pierwszy rozpoczynla nową, nigdy jeszcze niebywałą erę rodzimego lekarskiego czasopiśmiennictwa?

To nie tylko jego długowieczność i przetrwanie do lat ostatnich, ustępujące jedynie „Pamiętnikowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“. To nie tylko największa jego przez czas długi poczytność ze wszystkich czasopism lekarskich polskich, ale to przede wszystkim nieprzerwana wierna służba tym samym hasłom, które głosił od początku swego bytu, hasłom nawskróś nowoczesnym, które teraz zwiększyły nawet swoją wagę, odziane nowymi nazwami medycyny zapobiegawczej i higieny społecznej.

Znakomici mężowie, którzy byli właściwymi założycielami „Przeglądu“, Józef Dietl i Józef Majer, i ich następcy, już w pierwszych zeszytach tego czasopisma silnie podkreślali, że ma ono służyć nie tylko rodzimym badaniom naukowym, nie tylko zaznajamiać lekarzy z postępami medycyny zagranicznej i ruchem lekarskim w kraju, nie tylko podnosić poziom lecznictwa indywidualnego, ale też ma służyć interesom zdrowia jaknajszerszych sfer społeczeństwa. Obok tego miał „Przegląd“ strzedz godności zawodu lekarskiego i rzeczywiście był czas, że zabierał on głos we wszelkich sprawach obchodzących lekarzy lub przez nich podejmowanych, nie cofając się nieraz przed ostrym, ale zawsze bezstronnym osądem spraw drażliwych, a podnosząc z uznaniem każde poczynanie dodatnie. To też liczono się bardzo z opinią „Przeglądu“ i podlegano jej wpływowi.

Może jednak najważniejsze, że „Przegląd“ starał się od początku być i prawie zawsze był czasopismem dla całej Polski, usiłując zjednoczyć pracę wszystkich lekarzy Polaków bez rozpraszania sił, a zbierając ją do wspólnego ogniska nawet wtedy, kiedy kordony zaborcze rozdarły kraj i zagrażały wytworzeniem się odrębnych, niejako dzielnicowych typów Polaków. To skupianie sił nie było łatwe, ale jednak po wojnie z lat 1914—1918 doprowadziło do stworzenia jednego wspólnego ogólno-polskiego tygodnika lekarskiego. By do tego doprowadzić, zrzekł się „Przegląd“ wtedy swej siedziby na rzecz kresowego Lwowa i nawet nazwę swą podporządkował nazwie „Warszawskiej Gazety Lekarskiej“ i stawiając na pierwszym miejscu nazwę „Polskiej Gazety Lekarskiej“.

Odżywa dziś „Przegląd Lekarski“ pod swoją pierwotną nazwą i w pierwotnej siedzibie, łącząc najpiękniejsze swoje tradycje z najnowszymi hasłami postępu. Niechże w tym nowym okresie swego bytu przyłoży się do tego postępu w pełnej mierze, ale zarazem niechajże będzie i nadal skarbnicą owoców pracy naukowej polskiej, przewodnikiem ogółu lekarzy-praktyków i niezależnym a bezstronnym sędzią wszelkich w świecie lekarskim poczynań. Do czego mieć będzie prawo zawsze, dopóki redakcja „Przeglądu“ pozostanie, jak dotąd, zaszczytnym, wybieralnym urzędem honorowym.

St. Ciechanowski

ST. NOWICKI

HISTAMINA W LECZENIU ZWĘŻEŃ TĘTNIC NA KOŃCZYNACH

Z oddz. chirurg. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Prowadząc systematycznie badania kliniczne i pracowniane zaburzeń naczyniowych w r. 1938 w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie, stosowaliśmy między innymi śródskórny odczyn histaminowy. W przypadku choroby Raynauda wstrzyknięto raz prawdopodobnie nieco głębiej i większą niż zwykle dawkę histaminy. W kilka minut po zastrzyku wybitnie zaczerwieniała skóra na całej kończynie. Na drugi dzień chora zauważyła sama wyraźną ulgę w swych dolegliwościach. To spostrzeżenie skłoniło mnie aby rozpocząć leczenie zwężenia tętnic histaminą. Dotąd leczyłem w ten sposób 55 chorych.

Wpływ histaminy na krążenie obwodowe

Histamina jest to β-imidazoloetylamin, który znajduje się w sporyszu i rozmaitych tkankach ludzkich i zwierzęcych. Związek ten można uzyskać syntetycznie. Jest łatwo rozpuszczalny w wodzie i nie rozkłada się podczas wyjaławiania. Jałowe roztwory trzymają się bez zmian dowolnie długo w pokojowej ciepłocie.

Histamina, jak stwierdzili w doświadczeniu Dale i Richards, działa zwężająco na tętnice i żyły, a rozszerza drobne tętniczki i włośniczki, zwłaszcza w mięśniach. Te właściwości histaminy są niezależne od nerwów naczynioruchowych. Udowodniono bowiem, że histamina rozszerza drobne naczynia na kończynie także po przecięciu wszystkich nerwów, więc po zupełnym wyłączeniu układu współczulnego. Grant zauważył, że pod działaniem histaminy rozszerzają się przede wszystkim połączenia tętniczożylne. Dla oświetlenia naszych zagadnień mogą przyczynić się doświadczenia Hemingway'a i Macdonalda, wskazujące, że zakwaszenie tkanek upośledza wpływ histaminy na rozszerzanie naczyń. Ważne też są badania dowodzące, że histamina i adrenalina działają przeciwniczo na małe naczynia. Dale zwrócił jednak uwagę, że histamina może także pobudzić wydzielanie adrenaliny z nadnerczy. W tym kierunku prowadził również badania Szczygielski.

O ile badania doświadczalne nad działaniem histaminy są bardzo rozległe i wszechstronne, to piśmiennictwo o jej wpływie na układ krążenia obwodowego u człowieka jest dość skąpe. Moje spostrzeżenia opierają się na objawach klinicznych. Histamina wstrzyknięta podskórnie w ilości 0,5—1 mg wywołuje po paru minutach żywe zaczerwienienie skóry w okolicy wstrzyknięcia i podwyższenie ciepłoty skórnej o 1^0—3^0. Zwykle i prawie równocześnie zjawiają się odczyny oddalone, jak zaróżowienie policzków i szyi, więc w okolicach z najmniejszym napięciem włośniczek. Po dawkach ponad 1 mg wy-

stępuje kołatanie serca, obniżenie ciśnienia krwi, wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

Harmer i Harris stwierdzili, że po wstrzyknięciu histaminy rozszerzają się w skórze człowieka najmniejsze tętniczki a równocześnie zwężają się żyły podskórne. Inni badacze opisują rozszerzanie tętniczek, małych żył oraz włośniczek, czemu towarzyszy zwiększona przepuszczalność naczyń: Wedle Lewisa histamina jest wydzielana stale przez tkanki i reguluje krążenie śródtkankowe, kierując krew w te miejsca, gdzie przemiana materii jest najżywsza.

Układ naczyniowy na kończynach może stwarzać szczególniejsze warunki dla działania histaminy. W obrębie stopy i ręki znajdują się bezpośrednie połączenia między tętniczkami, a żyłkami, co pozwala na swobodny przepływ krwi między nimi. Te tzw. połączenia tętniczo-żylne, widziane jeszcze gołym okiem i opisane przez Hoyera, są zaopatrzone obficie we włókna mięsne i sploty nerwowe. Histamina otwiera owe połączenia i w ten sposób ułatwia oraz przyspiesza krążenie krwi na obwodzie kończyn. W razie zwężenia większych tętnic mogą przy pomocy histaminy wydatniej działać małe tętniczki i poprawiać odżywienie tkanek. Jakkolwiek nad krążeniem krwi panuje układ współczulny, to jednak histamina może rozszerzać naczynia bez jego pośrednictwa. Zwłaszcza odżywienie mięśni kierowane jest głównie przez miejscowe odczyny chemiczne, więc dość niezależne od nerwów naczynioruchowych. Nie wiadomo dotąd jak wydzielają histaminę tkanki w terenach gdzie ukrwienie i odżywienie jest podupadłe. Przypuszczam na podstawie swych spostrzeżeń, że znajduje się tam za mało histaminy, bo wprowadzona podskórnie lub domięśniowo wyraźnie pobudza krążenie.

Histamina według badań doświadczalnych podnieca włośniczki do rozrostu. Mniemam, że podawana wielokrotnie może podtrzymać to działanie przez czas dłuższy i przyczynić się do stworzenia gęstszej sieci nowowytworzonych włośniczek. Rozszerzając je przy dalszych częstych wstrzykiwaniach może histamina trwale poprawić ukrwienie zagrożonych w odżywieniu tkanek. Odnosi się to głównie do unaczynienia mięśni. Sądzę, że okresowe wstrzykiwania histaminy mogą też pomyślnie wpływać na przemianę chemiczną śródtkankową w okręgu swego działania i nastawiać właściwie krążenie oboczne. W ten sposób można tłumaczyć korzystny i długotrwały wpływ histaminy w zwężeniach tętnic. Na to wskazywałyby też sekcje kończyn chorych leczonych uprzednio histaminą z powodu zwężającego zapalenia tętnic, bo w obrębie mięśni łydki były gąbczaste zbiorniki krwi, co zmieniało zupełnie zwykły, blady i suchy wygląd mięśni w tej chorobie.

Małe dawki histaminy do 1 mg, wstrzykiwane podskórnie lub domięśniowo, nie wywołują szkodliwych następstw. Także wielokrotne wstrzykiwania nie są niebezpieczne. Ogólne odczyny po zastrzyku są wybitniejsze u ludzi starszych, niż młodszych. Nie wzbudza też niepokoju spadek ciśnienia krwi, który może szybko wystąpić. Ciśnienie może obniżyć się o 20 mm Hg, lecz za pół godziny wraca do pierwotnego poziomu. W przypadkach nadciśnienia obniża się parcie krwi wolniej, niż u ludzi zdrowych. U osób z miażdżycą naczyń mózgowych pojawiają się czasem zawroty i uczucie ucisku w głowie, co może utrzymywać się przez parę godzin. Niebezpieczne objawy ze strony serca i silne bóle głowy występują po dożylnych wstrzykiwaniach histaminy.

Zarówno miejscowe jak i ogólne odczyny po podskórnych wstrzykiwaniach histaminy są do pewnego stopnia osobnicze. ale mogą też zależeć od rodzaju preparatu. Zazwyczaj występują wyraźnie po wstrzyknięciu 0,5 mg. Kilkakrotne wstrzykiwanie nie wzmaga odczynów, ale raczej osłabia je stopniowo. Goddam podaje, że po wstrzykiwaniach histaminy podnosi się we krwi liczba ciałek czerwonych, wzmaga się cukier, a zmniejsza się ilość chlorków.

Wskazania

Probierzem korzystnego działania histaminy jest nieraz pierwszy zastrzyk. Znaczne zaczerwienienie i ocieplenie kończyny oraz wyraźne pałanie twarzy wywołane przez małe dawki zapowiadają pomyślny wynik. Oporność na te odczyny i konieczność szybkiego podwyższania dawek rokuje gorzej, ale nie zawsze beznadziejnie o tym postępowaniu. We wszystkich postaciach zwężeń, kiedy nastaje gwałtowne pogorszenie choroby, nie jest wskazane od razu stosować histaminę. Należy zaczekać kilka dni aż poniekąd wyrówna się i ustali się ostre zaburzenie krążenia i wtedy można rozpocząć leczenie histaminą.

Pierwsze moje spostrzeżenia odnosiły się do przypadku choroby Raynaud'a. Po kilku wstrzykiwaniach ataki kurczów tętniczych ustąpiły zupełnie. Widząc ten niezwykle szybki powrót do prawidłowego krążenia, sądziłem, że należy dobierać do leczenia histaminą te zaburzenia naczyniowe, w których odkryjemy popudliwość kurczową tętnic jako główny czynnik chorobowy. W tym kierunku były nawet nastawione nasze badania przez parę miesięcy, aż okazało się, że ujęcie to nie jest słuszne. Przypuszczam, że histamina w przypadku choroby Raynaud'a nie zadziałała na same kurczące się naczynia, ale raczej zmieniła miejscowe odczyny chemiczne, co kierują małymi naczyniami na obwodzie. W ten sposób można wyjaśnić zjawisko, że pod wpływem histaminy naczynia utraciły na czas dłuższy swą nadmierną pobudliwość na zimno, wywołujące w nich kurcze. Jakkolwiek nie miałem sposobności leczyć innych chorych, to przebieg tego przypadku rokuje zachęcająco o dalszych. Natomiast u innej chorej z daleko posuniętymi owrzodzeniami wszystkich palców rąk nie skutkowały pierwsze wstrzykiwania histaminy, a chora nie chciała się poddać dłuższemu leczeniu. Na podstawie innych doświadczeń nie należy wiele spodziewać się po leczeniu histaminą w chorobie Raynaud'a, kiedy zmiany martwicze szybko się szerzą. W tych okolicznościach większe nadzieje budzi wycięcie zwojów współczulnych.

Zwężające zapalenie tętnic jest chorobą trwającą długo, nieraz latami u ludzi młodszych i rozwijającą się zazwyczaj wolno a tylko wyjątkowo gwałtownie. Początkowo, nawet gdy większe pnie tętnicze są zwężone, krążenie oboczne dostarcza dostatecznej ilości krwi kończynie i chory nie odczuwa przykrych dolegliwości. Badając układ naczyniowy na kończynach, kiedy chory podaje niezbyt określone objawy, nieraz odkrywa się zwężenie tętnic jako przyczynę przypadłości. Zwykle też odnajduje się zmiany

w przepuszczalności i napięciu tętna na innych kończynach, gdy jedna z nich objęta jest wybitnymi zaburzeniami w krążeniu. Te przypadki z nieznacznymi objawami klinicznymi powinny być leczone starannie, aby nie dopuścić do poważniejszego upośledzenia w odżywianiu kończyny. Okresowe wstrzykiwania histaminy spełniają to zadanie.

Leczenie zwężającego zapalenia tętnic rozpoczyna się zwykle gdy sprawa posunęła się dość daleko, objęła rozległą sieć naczyń i spowodowała wyraźne niedokrwienie kończyny. Wówczas pojawia się chromanie przystankowe, bóle lub drętwienie o rozmaitym charakterze. W przypadkach tych nie zawsze można ocenić wydolność krążenia obocznego, bo i próbne znieczulenie zwojów współczulnych lędźwiowych nie określa ściśle czynności najdrobniejszych naczyń, które są niezależne od układu współczulnego. Dopiero początkowe wstrzykiwania histaminy wskazują równocześnie jakie jest rokowanie co do przebiegu choroby i jakie są możliwości lecznicze.

Gdy objawy w zwężającym zapaleniu tętnic postępują szybko i jeżeli bóle nasilają się gwałtownie, należy rozpocząć leczenie od małych dawek histaminy, a równocześnie uspokajać chorego narkotykami. W tych okolicznościach nie jest wskazane szybkie rozszerzanie tętnic i przyspieszanie krążenia krwi w naczyniach, gdzie tworzą się i przesuwają skrzepy. Można bowiem pogorszyć istniejące krążenie w czynnych jeszcze naczyniach. W burzliwym okresie i odczyny chemiczne w tkankach ulegają odchyleniom i to raczej zakwaszeniu, co nie sprzyja działaniu histaminy. Ostrożne podawanie histaminy może wszakże wpłynąć korzystnie na przebieg choroby, a nawet zatrzymać jej postęp. Jeżeli chory nie odczuwa polepszenia po 2-tygodniowym leczeniu, pożądane jest dołączyć wstrzykiwania 2—5% roztworu soli kuchennej co drugi dzień od 150 ccm do 300 ccm. To połączone leczenie winno w następnych dwu tygodniach złagodzić cierpienia chorego i poprawić stan miejscowy kończyny. W razie niepomyślnego wyniku jest wskazane wycięcie zwojów współczulnych. Wobec wspomnianych możliwości leczniczych nie wydaje się słuszne, aby w tych okresach choroby amputacja była uzasadnionym postępowaniem.

Znacznie dłuższe i uciążliwsze jest leczenie chorych, u których pojawiła się zgorzel kończyny. Jest ona następstwem gwałtownego zaczopowania tętnic skrzepami lub wynikiem daleko posuniętych zaburzeń w krążeniu. Wyjątkowo są nagle zaczopowane większe tętnice. Częstsze są zatory w mniejszych tętniczkach, zwłaszcza palców, co wywołuje zgorzel ich opuszek. W tych przypadkach histamina może przyczynić się do lepszego ukrwienia sąsiednich obszarów i szybszego, samoistnego oddzielenia się obumarłych części i złagodzenia bólów. Przeciw bólom działa też korzystnie obstrzykiwanie granicy zgorzeli rozczynem 0,1 acetylocholiny na 5 ccm, 1% nowokainy, zalecone przez Ratschowa.

Zwolna posuwająca się zgorzel palców dowodzi postępujących zaburzeń w krążeniu, ale nie zmusza doraźnie do chirurgicznych zabiegów. W zwężającym zapaleniu tętnic sucha postać zgorzeli przebiega burzliwiej, ale zapowiada korzystniejsze rozwiązanie niż wilgotna. Histamina w małych dawkach łagodzi bóle i zdaje się wpływać pobudzająco na odgraniczanie martwych tkanek.

Jeżeli zmiany martwicze pojawiają się u podstawy palców i przesuwają się na stopę, wtedy leczenie histaminą jest bardzo wątpliwe. Zasięg zaburzeń odżywczych w tkankach jest już zbyt rozległy, a zawodzi krążenie oboczne na obwodzie. Te zmiany w obrazie klinicznym objawiają się zwykle jako zgorzel wilgotna. Skłaniają one raczej do szybkiego zabiegu na zwojach współczulnych, niż jakiegokolwiek leczenia zachowawczego. Gwałtowne szerzenie się zakażenia i ogólny upadek sił chorego w zwężającym zapaleniu tętnic zmusza niestety do odjęcia kończyny.

W miażdżycowych zwężeniach tętnic ograniczają się zmiany anatomiczne do samych ścian tętnic, a nie przechodzą na sąsiednie żyły i nerwy, jak to bywa w zwężającym zapaleniu tętnic ludzi młodszych. Małe tętniczki na kończynach, o wielkim znaczeniu dla krążenia obwodowego, są więcej chronione przed zmianami miażdżycowymi. Te okoliczności sprzyjają działaniu histaminy. Być może, że dalej posunięte zwężenia miażdżycowe nie podlegają wybitniejszym wpływom wydzielania wewnętrznego, bo zwykle nie obejmują rozległych odcinków układu naczyniowego. Może i z tego powodu histamina nie spotyka się z czynnym przeciwdziałaniem innych ciał chemicznych. Na ogół histamina działa korzystnie i szybko na objawy miażdżycowych zwężeń. Histamina nie może mieć oczywiście wpływu na przebieg nagle powstającej i rozległej zgorzeli kończyny, połączonej często z postępującym zakażeniem, jak się to zdarza w sprawach miażdżycowych. Wówczas tylko wysokie odjęcie w obrębie uda może ratować życie chorego.

Zaburzenia naczyniowe w związku z cukrzycą wywołują martwicę tkanek, która zwykle rozwija się i szerzy w szybkim tempie. Niejakie trudności w leczeniu powstają już dlatego, że nieodzowna u tych chorych insulina zwęża i tak niewydolne tętnice. Jeżeli zgorzel nie jest zbyt rozległa, wskazane jest stosować histaminę w średnich dawkach przez czas dłuższy. Działanie jej nie jest doraźne, ale i w poważnych przypadkach może mieć znaczenie. Wskazuje na to przebieg jednego z naszych przypadków, gdzie na podstawie dotychczasowych doświadczeń było bezsporne wskazanie do amputacji na udzie. Chora nie zgodziła się na zabieg i była nadal leczona histaminą. Postępująca sprawa ropna zatrzymała się, ropnie parokrotnie nacinano i ostatecznie po roku utraciwszy połowę stopy, chora wygojona chodziła dość dobrze.

Histamina nie może działać skutecznie w obszarach w których naczynia zostały uszkodzone do tego stopnia, że nie doprowadzają na obwód kończyny odpowiedniej ilości krwi do połączeń tętniczo-żylnych i włośniczek. Nie ma dotąd dość dokładnych sposobów badania, któreby wskazały z góry te niedostępne dla leczenia przypadki. Ale i w wątpliwych wskazaniach, zachowując w dawkowaniu ostrożność, można próbować leczenia histaminą co pozbawione jest wszelkich niebezpieczeństw.

Sposób leczenia histaminą

Leczenie poprzedzają szczegółowe próby czynnościowe krążenia obwodowego. Do nich należy porównawcza oscylometrja i pomiary ciepłoty skórnej

na kończynie. W niektórych przypadkach stosowaliśmy też bezpośrednie lub pośrednie sposoby ogrzewania i oziębiania kończyn zalocone przez Lewisa, co daje pogląd na rozszerzalność naczyń kończyn. Także znieczulenie lędźwiowe pozwala czasem rozpoznać w jakim stopniu kurcz tętnic przyczynia się do zaburzeń naczyniowych. Często przeprowadzaliśmy znieczulenie zwojów lędźwiowych co poniekąd wskazuje jak wpływa układ współczulny na krążenie obwodowe. Badania te służą też do porównawczej oceny leczenia. Nie stosowałem arteriografii, która wprawdzie daje obraz drożności tętnic, ale nie objaśnia, jak zachowuje się krążenie na obwodzie kończyny.

Leczenie histaminą polega przede wszystkim na rozszerzaniu drobnych tętniczek i zespoleń tętniczożylnych i prawdopodobnie na pobudzieniu włośniczek do rozrostu. Także zmiany chemiczne śródtkankowe zachodzące pod wpływem histaminy mogą polepszyć warunki krążenia krwi. Aby uzyskać to działanie należy wstrzykiwać histaminę na kończynie, w pobliżu zagrożonego chorobą obszaru. Tylko bezpośrednie działanie na sąsiednie naczynia może rozwinąć i utrwalić krążenie oboczne. Histamina wstrzykiwana poza obrębem kończyn nie może odpowiednio zadziałać na drobne naczynia. Z tych względów wstrzykuje się histaminę w połowie długości goleni lub przedramienia. W ciągu leczenia, jeśli pragniemy silniej zadziałać na krążenie obwodowe, wstrzykuje się histaminę coraz bliżej stopy lub ręki. Wstrzykiwania odbywają się podskórnie, bo domięśniowe dają mierne i niepewne w ocenie odczyny.

Stosuje się słabe rozcieńczenie histaminy a mianowicie 1:1000. Roztwór może być przygotowany z preparatu sproszkowanego albo używa się gotowych ampułek wyrabianych przez firmę Wende w Warszawie lub „Imido" Roche'a, zawierających 1 mg histaminy w 1 ccm. Rozpoczyna się zastrzykiem 0,2 lub 0,3 ccm tegoż roztworu i spostrzega się kiedy i w jakim natężeniu występują doraźne odczyny po wstrzyknięciu. Zwykle po 3—10 minutach zauważa się zróżowienie goleni względnie przedramienia. Odczyny na przedramieniu są szybsze i rozleglejsze. Zmiana barwy objawia się w około miejsca zastrzyku w średnicy kilku cm lub posuwa się plamowato na skórze i to raczej w kierunku obwodu. Równocześnie podwyższa się ciepłota skóry. W tym samym czasie lub nieco później okazuje się zazwyczaj zaczerwienienie oraz pałanie twarzy a nieraz też szyji. Kolejno chory odczuwa ocieplanie całej kończyny, a wyjątkowo uczuciu temu towarzyszą przemijające ukłucia lub narywania. Powolne, przyjemne rozgrzanie kończyny naczyń wskutek właściwej dawki histaminy. Większe bóle w kończynie wskazują na gwałtowne zmiany w krążeniu po wstrzyknięciu zbyt silnej dawki. Wtedy też może zjawić się przejściowe przyśpieszenie tętna, kołatanie serca i uderzenia krwi do głowy. Po kilku minutach zmniejsza się i stopniowo znika zaczerwienienie na twarzy i szyji. Dłużej utrzymuje się na kończynie; zwykle około pół godziny a wyjątkowo parę godzin w coraz słabszym natężeniu. Ocieplenie kończyny trwa niekiedy już po pierwszym wstrzyknięciu 12 godzin lub dłużej. Wtedy znika też sine zabarwienie palców spotykane w przypadkach posuniętych. Długotrwałe ocieplenie kończyny rokuje korzystnie o leczeniu histaminą.

Niekiedy po pierwszej dawce nie ma wyraźniejszego zaczerwienienia i ocieplenia kończyny. Zależy to od wyboru przetworów, które nie działają jednakowo, albo jest następstwem upośledzonej czynności naczyń. Wtedy na drugi dzień podwyższa się dawkę o 0,1 ccm, aż wystąpi pożądany odczyn, co stanowi podstawę do dalszego dawkowania.

Pierwsza dawka może też zadziałać zbyt silnie zarówno miejscowo, jak i ogólnie. Przykre bóle i ucisk w głowie, bicie serca wzywają do ostrożności. Wobec tego obniża się na następny dzień dawkę o 0,1 ccm, aż odczyny staną się umiarkowane. Takie przekroczenie dawki zdarza się częściej u ludzi starszych z miażdżycą tętnic.

Po wypośrodkowaniu dawki podstawowej dalsze leczenie nie nasuwa wątpliwości. Wstrzykuje się histaminę co drugi dzień więc z przerwą jednodniową bo zwykle odczyny ocieplania trwają ponad dobę. Dowodzi to, że obieg krwi działa sprawniej pod wpływem leczenia. Stopniowo przy każdym wstrzykiwaniu podwyższa się dawki o 0,1 ccm tak, że przy V wstrzykiwaniu dawka wynosi 0,8—1 ccm. Jeżeli leczenie przebiega korzystnie wtedy ocieplenie kończyny jest wyraźne, bo bóle zmniejszają się lub ustępują zupełnie. Wobec tych objawów polepszenia nie trzeba zwiększać dawki, gdyż przyjmuje się, że odczyny naczyniowe działają równomiernie. Wstrzykuje się więc nadal po 0,8—1 ccm. Po rozmaitych doświadczeniach doszedłem do przekonania, że w podatnych na leczenie przypadkach wystarcza przeciętnie X wstrzykiwań.

Jeżeli w ciągu leczenia zmniejszają się odczyny miejscowe i ogólne, a objawy chorobowe zachowują się opornie, należy każdorazowo podwyższać dawki o 0,1 ccm. Nigdy jednak nie przekroczyłem dawki wyżej 1,5 ccm. W tych razach gdy stale podnosi się dawki wskazane jest też zbliżać się ze zastrzykami ku stopie, ale nie na nią samą, aby skuteczniej zadziałać w najbardziej zagrożonych terenach. W takich wypadkach liczba wstrzykiwań sięgała XV.

Szczególnie ostrożnie dawkujemy histaminę, kiedy wystąpiła martwica tkanek. Wtedy nie należy w ogóle dopuszczać do silniejszych odczynów, a najlepiej zacząć leczenie od stężenia 1:10.000. Dawki nie przekraczają zazwyczaj 0,5 ccm. Jeśli w czasie leczenia bóle wzmagają się, należy przerwać wstrzykiwania.

Nieco inaczej stosuje się histaminę, kiedy zgorzel już nie postępuje i rozpoczyna się odgraniczać. Aby wpłynąć na szybsze oddzielenie obumarłych tkanek i pobudzić gojenie, wskazane jest dłuższe leczenie. Rozpoczyna się je małymi dawkami 0,3—0,4 ccm nie wywołując wybitniejszych odczynów miejscowych. Właściwą wskazówkę podaje sam chory, bo po odpowiedniej dawce doznaje ulgi w bólach. Dawki podwyższa się powoli, nie przy każdym wstrzykiwaniu, o 0,1 ccm. Doszedłszy do najwyższej dawki, przeciętnie 1 ccm przyjmuje się, że krążenie oraz przemiany chemiczne zostały dostatecznie pobudzone. Nagłe przerwanie leczenia może w tych wypadkach wpłynąć na ponowne pojawienie się lub zwiększenie się bólów. Dlatego stopniowo obniżamy dawki aż osiągnie się dawkę podstawową. Przy tym

postępowaniu wypada około XXV wstrzykiwań co drugi dzień. Ci chorzy odczuwają wyraźną ulgę po wstrzykiwaniach i niekiedy sami domagają się dalszych wstrzykiwań, jeżeli gojenie postępuje powoli. W czasie leczenia chory powinien pozostawać w łóżku gdyż spoczynek i równomierne ciepło pomaga do wyrównania zaburzonego krążenia. Wtedy i mięśnie nie nadużywają na swe potrzeby skromnego zapasu krwi w kończynie. Od samego początku obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu. Ze względu na konieczność codziennych spostrzeżeń co do przebiegu choroby i rozmaitych badań najstosowniej jest umieścić chorego w zakładzie leczniczym.

Po ukończeniu pierwszego leczenia chorzy winni zachować ograniczenie w ruchach i inne poprzednio wspomniane ostrożności. Pomocne może być umiarkowane leczenie fizyczne, jak krótkie fale zwłaszcza w zwężającym zapaleniu tętnic, a także w zmianach miażdżycowych. W opornych postaciach wyjątkowo uznawałem za wskazane dalsze wstrzykiwania hipertonicznego roztworu soli. Chorzy winni zgłaszać się co miesiąc do badania, ale nawet gdy objawy chorobowe uspokoiły się, wznawiałem leczenie histaminą po 3 miesiącach. Dalsze leczenie odbywało się co 6 miesięcy.

Wyniki

Spostrzeżenia moje co do leczenia histaminą opierają się na około 40 przypadkach leczonych w 1938—1939 r. w Oddziele chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie pozostającym wówczas pod moim kierownictwem i na 15 przypadkach leczonych w czasie wojny w Szpitalu Bonifratrów w Krakowie. Między leczonymi była niemal równa ilość chorych ze zwężającym zapaleniem tętnic i miażdżycowym zwężeniem tętnic, a tylko odosobnione przypadki innych chorób. Wśród zamieszania wojennego zaginęła większość przedwojennych historyj chorób opracowanych dokładnie pod względem klinicznym i pracownianym. Z tego powodu nie podaję szczegółowych zestawień liczbowych.

Nadzieje na wyleczenie wczesnych przypadków i na polepszenie postaci dalej posuniętych, byłyby mniej złudne, gdyby wspierały się o znaną etiologię choroby. Obecnie nie podobna osiągnąć więcej niż usunąć dotkliwe objawy choroby i zabezpieczyć krążenie oboczne. Pomyślne rozwiązanie tych zadań stanowi poważne powodzenie lecznicze. W tym zakresie mieści się również działanie histaminy.

Nie można jeszcze ustalić jak wpływa leczenie zapobiegawcze histaminą na powstrzymanie choroby względnie na jej wyleczenie we wczesnych okresach. Spostrzeżenia obejmują za krótki okres czasu, ale na ogół zapowiadają korzystne wyniki.

W dalej posuniętych sprawach ocena wyników leczenia jest łatwo uchwytna. W przypadkach bez martwicy tkanek sami chorzy dobrze osądzają korzystny zwrot w przebiegu choroby. Złagodzenie bólów może nastąpić nieraz po paru wstrzyknięciach. Jeżeli główne dolegliwości polegają na cierpnięciu lub mrowieniu palców, to objawy te ustępują wolniej. Wkrótce po rozpoczęciu leczenia pojawia się w kończynie błogie ocieplenie, które może trwać i całą dobę po wstrzyknięciu. Chorzy zasypiają bez pomocy środków nasennych. Chromanie przestankowe wymaga dłuższego leczenia, ale nieraz wydatna swoboda ruchów zjawia się po 3 tygodniach. Niekiedy stwierdza się też poprawę w zachowaniu tętna, które staje się coraz wyraźniej wyczuwalne. O lepszym ukrwieniu kończyny przekonywują pomiary oscylometryczne i termometryczne. Włosy i paznokcie zaczynają róść szybciej. Zwiększa się napięcie mięśni i chodzenie poczyna być sprawniejsze. Równocześnie poprawia się ogólny stan chorego.

Gojenie owrzodzeń jest sprawą dłuższą, choć nieraz spostrzegaliśmy, jak szybko zmniejszała się wydzielina a ubytek zasklepiał się pod strupem lub przez ziarninowanie. Wydaje się, że oddzielenie części zgorzelinowych od zdrowej tkanki postępuje prędzej pod wpływem histaminy.

W chorobie Raynauda uzyskano doskonały wynik u kobiety cierpiącej na uporczywe ataki, przeszkadzające jej we wszelkiej pracy fizycznej w chłodniejszych dniach. Po paru wstrzyknięciach znosiła zimno bez odczynów bolesnych, a sinica palców ustąpiła niemal zupełnie. Nie można było jednak sprawdzić jak długo utrzymał się ten korzystny wynik. Innymi doświadczeniami w zakresie tej choroby nie rozporządzam.

Zwężające zapalenie tętnic występuje najpóźniej w piątym dziesiątku życia. Leczenie histaminą daje na ogół lepsze wyniki u ludzi starszych niż młodszych. Łatwiej poddają się leczeniu wypadki, w których zmiany naczyniowe, aczkolwiek zaznaczone na innych kończynach, dają wyraźne objawy kliniczne tylko w jednej z nich. Czas trwania sprawy chorobowej wpływał także na wynik leczenia. Chorzy leczeni wcześniej po pojawieniu się bolesnych objawów byli więcej podatni na wstrzykiwanie histaminy, niż inni z uporczywymi dolegliwościami trwającymi kilka miesięcy. Poprzednie leczenie zwłaszcza acecholiną lub padutyną nie wspierało zupełnie naszego leczenia. Jeżeli uciążliwe objawy wystąpiły gwałtownie, więc wskutek nagłego zaczopowania większej tętnicy, wtedy odwlekaliśmy wstrzykiwania do tygodnia. Na ogół można oczekiwać polepszenia w tych przypadkach gdy nie doszło odrazu do widocznych zaburzeń w odżywieniu kończyny.

Chorzy z chromaniem przestankowym jako głównym objawem chorobowym są zazwyczaj dość pobudliwi na leczenie histaminą. Jakkolwiek objaw ten dowodzi, że większy pień tętniczy jest nieczynny, to często po ukończeniu serii X wstrzykiwań histaminy chorzy chodzili bez większych przeszkód. Oporniejsze na leczenie były te postacie zwężającego zapalenia tętnic, w których pojawiały się silne a nocą nieznośne bóle. Lecz i w tych wypadkach niejednokrotnie opuszczali chorzy szpital bez dolegliwości po 4—6 tygodniowym leczeniu. Jeżeli wyraźnie objawy choroby trwały ponad rok, a na stopie występowały zasinienia i obrzęki, to postęp choroby nie był histaminą wstrzymany. Chorzy ci opuszczali po leczeniu szpital, zadowoleni nawet ze swego losu, lecz wracali po paru miesiącach z dawnymi dolegliwościami. U nich dalsze leczenie histaminą było już bezcelowe.

Nikłe były wyniki leczenia, jeżeli zmiany martwicze na palcach posuwały się zwolna i obejmowały w toku leczenia inne palce. Kiedy zgorzel postępując

stopniowo z palców przeszła na stopę, wtedy wstrzykiwania histaminy zawodziły.

Wyjątkowy był przebieg zwężającego zapalenia tętnic u chorego 1. 42, który cierpiał na przykre, okresowe bóle i wybitne chromanie przestankowe w jednej kończynie od 4 lat. Na drugiej dolnej kończynie oraz na jednej z górnych tętno było ledwie wyczuwalne. Przybył ogólnie wyniszczony z bardzo silnymi bólami, powodującymi zupełną bezsenność, wyraźnym chromaniem przestankowym, zupełnie zimną stopą. Na końcowym członie palca pojawiło się przed paru tygodniami owrzodzenie, które powiększyło się przed przyjęciem do szpitala po zdjęciu paznokcia i przybrało charakter zgorzeli wilgotnej. Początkowo łagodzono bóle morfiną. Po paru wstrzyknięciach histaminy bóle uspokoiły się zupełnie, części zgorzelinowe zaczęły się szybko oddzielać. Po 4 tygodniach leczenia chory opuścił szpital całkowicie zagojony bez żadnych bólów, chodząc powoli, ale wcale swobodnie. Po pół roku poddał się ponownemu leczeniu, aczkolwiek nie odczuwał dolegliwości, a tylko chodził wolno. Badany po roku nie skarżył się wcale na zaburzenia kończyn, a tylko nie mógł przyspieszać kroku choć przechodzi bez wysiłku parę kilometrów. W przypadku tym rokowałem wątpliwie co do zachowania kończyny, a zamierzałem przystąpić po kilkudniowym przygotowaniu chorego do wycięcia zwojów lędźwiowych. Odstąpiłem od tego zabiegu zdumiony szybką poprawą wszystkich ciężkich objawów. Dość niespodziewanie okazało się też bezprzeczne i długotrwałe polepszenie u uporczywej postaci choroby.

Pomyślne było działanie histaminy w tych zapalnych zwężeniach tętnic, co po długiej kilkumiesięcznej chorobie przybywały z odgraniczoną zgorzelą palców. Tym postaciom towarzyszą zwykle silne bóle, które skłaniały niejednokrotnie chirurgów do wysokiego odjęcia kończyny. Histamina łagodziła wybitnie bóle u tych chorych i po paru tygodniach były zbędne rozmaite środki uśmierzające podawane od paru miesięcy. Po samoistnym oddzieleniu części zgorzelinowych gojenie postępowało gładko.

Miażdżycowe zwężenia tętnic są szczególnie wdzięcznym polem dla leczenia histaminą. Nawet wobec uporczywych objawów cechujących to cierpienie histamina może zadziałać niezwykle skutecznie. Rozmaitego rodzaju bóle, zdrętwienia, uczucie zlodowacenia — mijają często po paru wstrykiwaniach jakby bezpowrotnie. Chorzy zaczynają sypiać bez pomocy leków i stają się ruchliwsi. Spostrzegaliśmy w niektórych przypadkach, leczonych długo i rozmaitymi sposobami, jak działanie histaminy przechodziło wszelkie oczekiwania. Także i chromanie przestankowe poddaje się niejednokrotnie temu leczeniu. Nieraz po paru wstrzykiwaniach wysuwa się wyraźne tętno na grzbiecie stopy, gdzie przedtem ledwie je znajdowano. Widywaliśmy też wyraźny postęp w gojeniu owrzodzeń i oddzielaniu się zgorzeli na palcach.

Spostrzeżenia co do dalszych losów chorych leczonych histaminą nie są liczne. Okres wojny przeszkadzał w nawiązywaniu łączności z leczonymi. Najdłuższe spostrzeżenia sięgają w paru przypadkach trzech lat. Na ogół trwalsze wyniki leczenia były w miażdżycowym zwężeniu niż w zwężającym zapaleniu tętnic.

W porównaniu z innymi zachowawczymi sposobami histamina działa pewniej, skuteczniej i prędzej. Odnosi się to również do leczenia roztworem soli kuchennej, jakkolwiek nie można obniżać jego znaczenia. Jestem przekonany, że tam gdzie stosowano z powodzeniem złuszczenie tętnicy można osiągnąć co najmniej podobny skutek wstrzykując histaminę. Inne natomiast są wskazania dla wycięcia zwojów współczulnych i wtedy histamina może utrwalać pomyślne wyniki. Zastosowanie histaminy bez wątpienia ułatwia i posuwa naprzód leczenie zwężeń tętnic.

Moje dotychczasowe spostrzeżenia nie ujmują dość wyczerpująco rozmaitych zagadnień, które nasuwają się w związku z działaniem i znaczeniem histaminy w chorobach naczyń krwionośnych. Rozpatrzenie tych spraw jest godne dalszej uwagi w klinice i doświadczeniu.

Streszczenie

Histamina wstrzykiwana podskórnie w terenie zwężenia tętnic, więc na goleni lub przedramieniu rozszerza drobne tętniczki, połączenia tętniczo-żylne oraz włośniczki. Jej działanie sprzyja chemicznym odczynom śródtkankowym sterującym krążeniem małych naczyń. Celem leczenia jest pobudzić i usamodzielnić krążenie oboczne, aby zabezpieczyć zagrożone odżywienie tkanek. Wpływ histaminy na te stany może być długotrwały po systematycznych wstrzykiwaniach. Klinicznie stwierdza się po zastrzykach zaczerwienienie skóry, dłużej utrzymujące się ocieplenie kończyny, złagodzenie lub uśmierzenie bólów i szybkie gojenie owrzodzeń.

Wstrzykuje się najpierw 0,3—0,4 mg a wyjątkowo więcej, aby uzyskać właściwy odczyn miejscowy i później stopniowo podwyższa się dawki po 0,1 mg dochodząc zwykle do 0,8—1 mg. Zależnie od odczynów i postaci choroby stosuje się X—XV wstrzykiwań. Leczenie trwa 3—8 tygodni. W ten sposób leczono 55 chorych.

Histamina nadaje się do postępowania zapobiegawczego u chorych nie mających dolegliwych objawów. — Zadawalający wynik otrzymano w chorobie Raynauda bez owrzodzeń palców. Zazwyczaj podatne jest na to leczenie zwężające zapalenie tętnic z chromaniem przestankowym lub bólami jako zasadniczymi objawami. Korzystnie działa histamina w odgraniczającej się zgorzeli palców. Więcej oporne są postacie z wilgotną zgorzelą palców. Nie można zaś uzyskać żadnego wpływu na szerzącą się rozległą zgorzel stopy. — Na ogół bardzo dobre wyniki zauważono w miażdżycowym zwężeniu tętnic, za wyjątkiem przypadków z rozległą zgorzelą i zakażeniem. Także w zwężeniach na tle cukrzycy histamina pobudza gojenie.

Nie ma jeszcze dość spostrzeżeń co do trwałości pomyślnych wyników. Porównując z innymi zachowawczymi środkami histamina działa skuteczniej i znacznie szybciej, a w niektórych postaciach, jak miażdżycowych nieporównanie korzystniej. Leczenie to łączy się niekiedy ze wstrzykiwaniem hipertonicznej soli kuchennej lub z wyjęciem zwojów współczulnych.

FR. WALTER i ZB. OSZAST

DALSZE DOŚWIADCZENIA NAD STOSOWANIEM RUBROPHENU W GRUŹLICY SKÓRY

(Doniesienie II)

Z Kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Dyrektor: Prof. dr Franciszek Walter)

W roku 1938 ogłosiliśmy (1) nasze pierwsze doświadczenia nad działaniem leczniczym rubrophenu (Chinoin). W ślad za tą pracą ukazały się później w polskim piśmiennictwie publikacje (2 i 3), stwierdzające również dobre działanie tego środka w gruźlicy skóry. Równocześnie wzrosło także piśmiennictwo zagraniczne, podkreślające zgodnie korzystne wyniki po stosowaniu rubrophenu nie tylko w gruźlicy skóry (Furesz — 4) i układu kostnego, ale także w innych schorzeniach, jak trądzie (Dichpali, Fuszek, Malacescu — 5), gruźlicy nerek (Förster—6) gruźlicy opon mózgowych (Gardosi Szabo 7), gośccu stawowym (Erlsbacher — 8) i inni.

Zachęceni naszymi pierwszymi pomyślnymi wynikami stosujemy rubrophen nadal u chorych z gruźlicą skóry, leczonych w Klinice dermatologicznej U. J. i Oddziele Promienioleczniczym Kliniki. Stosujemy ten środek tym chętniej, gdyż uważamy go za środek wybitnie korzystnie działający, a w pewnych przypadkach za środek nawet do nie zastąpienia.

W myśl naszych wskazań, podanych w pierwszym doniesieniu, stosujemy rubrophen u chorych leżących w Klinice i leczących się w Przychodni Kliniki, zapisując im leczenie do domu. Leczenie nasze rozpada się na dwie grupy: 1) leczenie wyłącznie rubrophenem w jego najrozmaitszych postaciach i 2) leczenie rubrophenem w połączeniu z innymi metodami, zwłaszcza fizykalnymi. Spore już polskie piśmiennictwo, jak też szczegółowe dane odnoszące się do samego rubrophenu, padane w naszem pierwszem doniesieniu — zwalniają nas od bliższych wyjaśnień w tym kierunku. Ograniczamy się też zatem do podania tylko dalszych wyników leczniczych.

Nasz obecny materiał obejmuje 29 przypadków gruźlicy skóry i tzw. „tocznia“ rumieniowatego.

Według postaci chorobowych było:

przypadków tocznia pospolitego *(lupus vulgaris)*	
umiejscowionego na twarzy	12
„ na twarzy i błonach śluzowych .	2
„ na kończynach	2
przypadków gruźlicy rozpływnej *(tbc. colliquativa)* . .	5
„ „ wrzodziejącej błon śluzowych *(tbc. ulcerosa vulvae)*	1
„ „ brodawkowej *(tbc. verrucosa)* . .	2
„ rumienia stwardniałego *(erythema induratum)*	1
„ tzw. „tocznia“ rumieniowatego *(erythematodes)*	4
razem . .	29

Tych 29 chorych leczyliśmy z wynikami następującymi:

Lupus vulgaris

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wyleczenie:
2 przypadki — 1 po 6 tygodniach leczenia
1 po 13 tygodniach leczenia

b) wybitna poprawa:
7 przypadków — 2 po 4 tygodniach leczenia
1 „ 6 „ „
1 „ 8 „ „
1 „ 12 „ „
1 „ 14 „ „
1 „ 16 „ „

c) poprawa:
2 przypadki — 2 po 8 tygodniach leczenia

B. leczenie mieszane:

a) wybitna poprawa:
2 przypadki — 1 po 12 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, maści i wstrzykiwaniach, skaryfikacja i następowo rubrophen w postaci maści z 10% pyrogallolem.
1 przypadek po 16 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, wstrzykiwaniach i w postaci maści w połączeniu z pyrogallolem na powierzchnię ranną po skaryfikacji.

b) poprawa:
2 przypadki — 1 po 20 tygodniach leczenia, złożonego z wstrzykiwań rubrophenu, maści pyrogallowej i naświetlań ogólnych lampą kwarcową.
1 po 4 tygodniach leczenia: rubrophen w postaci wstrzykiwań, pasta Cosmé'go i naświetlanie promieniami granicznymi

c) brak poprawy:
1 przypadek — 1 po 4 tygodniach leczenia mieszanego, złożonego z rubrophenu w tabletkach, maści i wstrzykiwań dożylnych, stara tuberkulina.

Tuberculosis colliquativa cutis

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wyleczenie:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia: maść i tabletki i płukanie przetok roztworem rubrophenu.

b) wybitna poprawa:
2 przypadki — 1 po 4 tygodniach leczenia
1 po 7 „ „

B. leczenie mieszane:

c) poprawa:
2 przypadki — 1 po 8 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w postaci tabletek, maści i wstrzykiwań dożylnych, ponadto przepłukiwanie przetok i owrzodzeń roztworem rubrophenu (1:400, 1:200 i 1:100), naświetlania promieniami nadfiołkowymi.
1 po 6 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w postaci tabletek i naświetlań ogólnych promieniami nadfiołkowymi.

Tuberculosis ulcerosa vulvae

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

a) brak poprawy:
1 przypadek — 1 po 2 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, płukanie roztworem rubrophenu, tampony napojone rubrophenem (1:200).

Tuberculosis verrucosa cutis

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

b) wybitna poprawa:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia (tylko maść)

B. leczenie mieszane:

c) poprawa:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia: rubrophen w postaci maści w połączeniu z 20% pyrogallolem i wstrzykiwań.

Erythema induratum

B. leczenie mieszane:

a) poprawa:

1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w tabletkach i okładów z wodnego roztworu ichtyolu (1%).

Erythematodes

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wybitna poprawa:

1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia

B. leczenie mieszane:

b) wybitna poprawa:

1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia, złożonego z maści rubrophenowej, wstrzykiwań rubrophenu i bizmutu.

c) poprawa:

2 przypadki — 1 po 4 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w tabletkach, wstrzykiwań i maści w połączeniu z pyrogallolem, wstrzykiwań myochryzyny, okładów z allochryzyny i wstrzykiwań bizmutu.

1 po 12 tygodniach leczenia złożonego: rubrophen w tabletkach, wstrzykiwania medobisu i myochryzyny, pyrogallol.

Zbierając wyniki tego leczenia na dalszym naszym materiale i porównując je z już uzyskanymi w pierwszym doniesieniu należy stwierdzić, że wartość lecznicza rubrophenu potwierdza się.

Sposobu podawania tego leku nie zmieniliśmy, podając tebletki, maść i stosując wstrzykiwania dożylne. Ilość podawanych tabletek nie wydaje się mieć wpływu na jakość efektu w przypadkach opornych. Zauważyliśmy, że zwłaszcza u dzieci wystarczy obok innego leczenia 1 tabletka rubrophenu dziennie, aby osiągnąć pełny wynik w toczniu płaskim lub gruźlicy rozpływnej. Z tego też powodu propagujemy podawanie małych dawek rubrophenu (1 dziennie na czczo). Maksymalna dawka wynosiła 5 tabletek dziennie u dorosłych. Objawy uboczne po tabletkach ze strony przewodu pokarmowego są sporadyczne i przemijające. Bóle głowy i brzucha, pojawiające się u osób z wrażliwym żołądkiem ustępują bardzo szybko po podaniu kwasu solnego z pepsyną, tak, że ciągłość leczenia nie napotyka wskutek tego na przerwy.

Maść rubrophenową znoszą chorzy dobrze. Obserwowane uczucie pieczenia pojawiające się nieraz po założeniu opatrunku z maści na powierzchnię obnażoną z naskórka lub podczas przepłukiwania owrzodzeń i przetok w przebiegu gruźlicy rozpływnej trwa bardzo krótko i nie bywa nigdy powodem przerwania leczenia. Rubrophen dostawszy się nawet przypadkowo do worka spojówkowego sprowadza przemijające pieczenie i przebarwienie.

Wstrzykiwania dożylne rubrophenu znoszą chorzy również dobrze. Bóle w całej kończynie i wzdłuż żyły łokciowej, jakie pojawiły się u kilku naszych chorych bezpośrednio po zastrzyku były wywołane, jak przekonaliśmy się pewnymi szczegółami technicznymi samego zastrzyku. Jeśli mianowicie wstrzykiwanie dożylne było trudne do przeprowadzenia i wskutek tego kończyna musiała być długo uciśniętą wraz z naczyniami, wtedy po wstrzyknięciu pojawiał się ból w całej kończynie i trwał kilka minut.

Najlepsze wyniki spośród leczonych różnych postaci gruźlicy skóry uzyskuje się nadal w toczniu i gruźlicy rozpływnej. Przy tej sposobności należy zanotować dwa charakterystyczne szczegóły: 1) najlepiej i najszybciej leczą się dzieci i młodzi; 2) świeże postaci chorobowe ustępują szybciej, niż zastarzałe (także Schosserer — 2). Czas trwania choroby 1—3—5 lat stanowi optimum leczenia rubrophenem. W leczeniu postaci wrzodziejących tocznia uderza osuszające działanie rubrophenu: już po kilku dniach owrzodzenia podsychają pod maścią, poczem dopiero w dalszym ciągu następuje zblednięcie i zabliźnianie. Nacieki płaskie, guzkowe, wyniosłe ponad otoczenie spłaszczają się pod wpływem maści rubrophenowej już począwszy od 3-go tygodnia leczenia. Odczynów miejscowych po maści rubrophenowej nie obserwowaliśmy, natomiast zdarzają się odczyny ogniskowe w postaci zaczerwienienia i obrzęku ognisk skórnych i gruczołów limfatycznych (imponujących w pierwszej chwili jako pogorszenie) po rubrophenie podanym drogą dożylną. Volk (10) tłumaczy to rozpadem prątków w danym miejscu, podobnie jak to obserwował przy diecie bezsolnej, dowodu jednak, że to jest pewien jakby rodzaj odczynu tuberkulinowego nie dostarczył (rubrophen jako katalizator?). Inni autorzy, jak np. Mathieu (11) znajduje w tym podobieństwo do odczynu Herxheimera w kile po podaniu novarsenobenzolu.

W postaciach tocznia przerostowego i brodawkowego uzyskujemy poprawę, wyrażającą się w bardzo wydatnym spłaszczaniu się wykwitów, zwłaszcza jeśli rubrophen się poda np. z 20% pyrogallolem. Stosowaliśmy także rubrophen w połączeniu z salicylem. Obok tego sposobu stosujemy także nacinanie ognisk przerostowych tocznia ostrym skalpelem i pokrywanie powierzchni rannej w 48 godzin po zabiegu maścią rubrophenową, nieraz nawet w połączeniu z pyrogallolem. W ten sposób uzyskaliśmy w 2 przypadkach bardzo znaczną poprawę i to w miejscach, gdzie względy kosmetyczne odgrywają dużą rolę: na nosie i na karku u kobiet. Blizna następowa była prawie niewidoczna. Tak samo usunięcie ognisk toczniowych drogą elektrotomii staje się skuteczniejsze i nie daje nawrotów, jeśli się tylko ranę po takim zabiegu opatrywać będzie maścią rubrophenową. Z tych samych powodów zalecamy maść rubrophenową na miejsca diatermokoagulacji guzków zamiast dotychczas stosowanych z maści borowej, czy innej.

Te dobre wyniki lecznicze dopiero co podane i następnie takie, jak zmniejszanie się powiększonych gruczołów limfatycznych, ustępowanie ognisk na śluzówkach, pędzlowanych rozczynem wodnym rubrophenu, przybytek na wadze, zmiany we krwi (zwiększenie ilości hemoglobiny, wpływ na opadanie krwinek) itp. — to wszystko nie tłumaczy nam niestety mechanizmu działania rubrophenu. I choć działanie chemolecznicze w ścisłym tego słowa znaczeniu nie może być tutaj przyjęte, choćby na podstawie ujemnych prób z zabijaniem bakteryj *in vitro*, to również trudno jeszcze dzisiaj orzec w sposób rozstrzygający, czy w działaniu swoistym rubrophenu chodzi o działanie ogólne, stymulujące, jakby tego dowodziły odczyny ogniskowe, czy o miejscowe działanie chemiczne, o organotropowe, jakby to znowu wynikało z dobrych wyników leczniczych po wyłącznym stosowaniu maści rubrophenowej.

I przypomina się tutaj natarczywie pewna ana-

logia z dziejów lecznictwa gruźlicy skóry. Oto z leczeniem rubrophenowym sprawa przedstawia się podobnie, jak z leczeniem za pomocą diety bezsolnej. Tak samo, jak w gruźlicy płuc dieta bezsolna zawiodła, a sprowadza przecież bezsporną poprawę i nawet wyleczenie w toczniu, tak podobnie wygląda to i przy stosowaniu rubrophenu (także Jeruzalem — 12, Schossere — 9). I tak samo przy jednym i drugim sposobie nie jest rozwikłana zagadka sposobu działania. Przypuszczenie Sztejnhauera, że chodzi tu o wpływ rubrophenu na chlorki w tkance gruźliczej, stać się może słusznym dopiero po wyjaśnieniu stawianego przez niego za przykład mechanizmu działania diety bezsolnej.

W każdym bądź razie musimy jeszcze raz podkreślić, że *wartość lecznicza rubrophenu ustala się coraz bardziej*, że po raz pierwszy wprowadzono, jak pisze Furesz (4), *środek do leczenia doustnego gruźlicy skóry*. Zyskaliśmy środek o działaniu w pewnych postaciach gruźlicy niezawodnym, zapobiegający nawrotom, idealny do leczenia ambulatoryjnego, gdyż łatwy jest do stosowania przez chorego w domu, ekonomiczny, bo zapisywany do domu oszczędza kosztów leczenia szpitalnego i nieszkodliwy, bez wyraźniejszego toksycznego działania ubocznego.

Wartości tego leku nie obniża konieczność długotrwałego leczenia nim (najmniej 8 tygodni), gdyż wiadomą przecież jest rzeczą, iż leczenie gruźlicy skóry jakąkolwiek inną nawet skuteczną metodą (np. finsenolecznictwo, dieta bezsolna) też wymaga długiego czasu do leczenia. Jeśli się więc z tych powodów uwzględni trudności lecznicze gruźlicy skóry w ogóle i nasze obecne i dotychczasowe ogłoszone wyniki lecznicze — to w świetle tych stwierdzeń wartość lecznicza rubrophenu tym bardziej zasługuje na podkreślenie.

Piśmiennictwo

1. Walter i Oszast: Medycyna, 1938, nr 3. — 2. Borkowski: Medycyna, 1939, nr 2. — 3. Sztejnhauer: Pol. Gaz. Lek., 1939, nr 9. — 4. Furesz J.: Orvesi Hetilap, 1938, nr 1. — 5. Komunikaty Fy Chinoin: Dic. pali D. i Ind. Bryt., Fuszek z Liberji, Malacescu z Rumunii. — 6. Förster J.: Wien. kl. Wschr. 1938, nr 31. — 7. Gardas J. i B. Szabo: Orvosi Hetilap, 1938, nr 41. — 8. Erlsbacher O.: Wien. kl. Wschr. 1939, nr. 12. — 9. Schosserer W. Med. Kl., 1938, nr 7. — 10. Volk R.: Wien. med. Kl., 1938, nr 7. — 11. Mathieu A.: Chemoterapia gruźlicy chirurgicznej trimetoxydioxyoxotrita nem. Dysertacja, Paryż 1938. — 12. Jeruzalem M.: Ars med. 1938, nr 2.

Prof. dr J. KOSTRZEWSKI

PAPUZICA W KRAKOWIE

(Z oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Chodzi o dwie siostry: W. K. l. 66 i J. J. l. 59. Mieszkają w jednym pokoju niedużym i przepełnionym różnymi sprzętami oraz tkaninami. Zachorowały — było to na wiosnę 1944 — w odstępie kilkudniowym, wśród tych samych objawów: nagle, wśród wysokiej gorączki, silnych bólów głowy i mięśni, łamania w kościach i znacznego osłabienia. Zwłaszcza młodszej J. J. dokuczało uczucie wielkiej niemocy i dręczyła ją bezsenność. Widziałem poraz pierwszy starszą z początkiem trzeciego — młodszą z końcem pierwszego tygodnia choroby.

Zacznę od starszej. U niej znalazłem bardzo znaczne osłabienie, wysoką gorączkę, i wiotki naciek w dolnym płacie płuca prawego. W. K. nie skarżyła się wcale na dolegliwości ze strony narządu oddechowego. Tylko od czasu do czasu zakaszlała, tylko czasami odpluwała nieco wydzieliny śluzowej. Gorączkowała ogółem 27 dni. Ostatnio nie wysoko, bo tylko do 38° C. Gorączka była zwalniająca. Jak się poprzednio zachowywała? Nie wiem, bo gorączki nie zapisywano. Ale miała sięgać powyżej 39° C. Zmiany w płucu powoli ustępowały a minęły doszczętnie w 12 dni po ustaniu gorączki. Zdjęcie rentgenowskie wykonane w 3 dniu bezgorączkowym wykazało naciek wnęki prawej, którego powtórne zdjęcie wykonane 20 dni później już nie stwierdzało. Po spadku gorączki osłabienie powolnie, stopniowo mijało. Okres zdrowienia zakłóciła sprawa ropna gałek chłonnych w pachwinie lewej, połączona z kilkudniową gorączką. Z ropy wyhodowano paciorkowca krwiobójczego.

Młodszą J. J., jak wspomniałem, badałem po raz pierwszy z końcem pierwszego tygodnia choroby. Nie wytłumaczone były: bardzo znaczne osłabienie, bezsenność i od kilku dni gorączka dochodząca 40° C. Nie mogłem bowiem u chorej wykazać jakichkolwiek miejscowych nieprawidłowości. Dopiero w drugim tygodniu zjawił się nieznaczny nieżyt oskrzeli, a w 14 dniu choroby można było wybadać naciek w dolnym płacie prawego płuca. Naciek stopniowo pełzał ku górze. Tu ustąpił a tam się pokazał. I tak po kilku dniach doszedł do szczytu. Podobnie jak u W. K. naciek był wiotki tzn. nasilenie przytłumienia było nieznaczne, pod palcem nie czuło się oporu, szmery oddechowe były tylko oskrzelawe, tylko było niewiele rzężeń dźwięcznawych, kaszel nieznaczny, czasem tylko połączony z odpluwaniem skąpej wydzieliny śluzowej. Naciek utrzymywał się ogółem dni 20, w tym 7 dni jeszcze po spadku ciepłoty, i to najdłużej w dolnym prawym płucu, właśnie skąd się sprawa zaczęła. W międzyczasie i w dolnym lewym płacie przyszło do wiotkiego 5 dni trwającego ogniska zapalnego. Z powodu ciężkiego stanu u J. J. rentgenowskiego badania płuc nie przeprowadzono. Ogółem J. J. gorączkowała 29 dni, ale w ostatnich 5, może już nie z powodu cierpienia zasadniczego, bo w 24 dniu choroby przyszło do zapalenia pęcherza moczowego. Gorączka była zwalniająca. W niektóre dni sięgała 40° C. Zdrowienie u J. J. wyglądało jak u W. K. Powikłane było zakrzepowym zapaleniem żyły udowej lewej.

Jeszcze szereg tygodni po opuszczeniu oddziału obie siostry czuły się bardzo słabe i narzekały na bóle mięśniowe. A później chociaż osłabienie już minęło, dostawały znacznych obrzęków kończyn dolnych ilekroć opuszczały łóżko. Innych objawów niedomogi mięśnia sercowego nie było.

Przedstawiłem obraz choroby u W. K. i J. J. A teraz skreślę w jaki sposób przyszło do poznania przyrody schorzenia.

Zaraz przy pierwszym widzeniu jednej i drugiej chorej uderzał ciężki ich stan ogólny, przy nikłych

zmianach ogniskowych u W. K., a braku takowych u J. J. Niejasnem było u W. K., czy zmiany w płucu są cierpieniem podstawowym, czy tylko wikłającym U J. J. znowu nie miano jakichkolwiek danych, na podstawie których możnaby było przewidywać dalszy przebieg choroby. Wobec tego obie siostry przyjęto do szpitala. Badania dodatkowe (poza rentgenowskim) tak się przedstawiają: kilkakrotnie szczepiona krew na pożywki okazała się jałowa. Kilkakrotnie wykonane odczyny zlepne z *b. typhi*, *b. paratyphi A*, *B*, *C*, z pałeczką Banga i szczepem *X* 19 wypadły ujemnie. Ilość krwinek białych, w odstępach kilkudniowych kilkakrotnie obliczana, wahała się od 5—11 tysięcy. Wśród innych postaci przeważały podzielone. Bywało ich powyżej 80%. Za to niejednokrotnie limfocytów bywało tylko 5%—6%. Kwasochłonne stanowiły 1%—3% ogólnej ilości krwinek białych. W moczu prócz tych składników, które u J. J. dowodziły zapalenia pęcherza moczowego, innych nieprawidłowych nie znajdywano.

Tak więc rozbiory krwi, po których sobie tyle obiecywano nie wyjaśniły przyrody schorzenia. A przecież choroba przedstawiała się niezwykle zagadkowo. Dwie siostry wspólnie zamieszkujące jeden pokój zachorowały w krótkim odstępie czasu po sobie. U jednej i drugiej, jeśli chodzi o cierpienie zasadnicze, były zmiany tylko w płucach. U. J. J., u której objawy śledzono od pierwszych dni do końca ich trwania, zapalenie płuc było pełzającym. U jednej i drugiej było tylko nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego, nie czuło się oporu pod palcem, wdech i wydech był tylko oskrzelawy, tylko nieliczne rzężenia dźwięcznawe, kaszel tylko od czasu do czasu, i tylko od czasu do czasu skąpa śluzowa plwocina. Ale mimo tych nikłych objawów ogniskowych, osłabienie było bardzo znaczne, gorączka wysoka, długotrwała.

Otóż raz, kiedy się zastanawiałem po raz któryś nad przebiegiem choroby u jednej i drugiej siostry, przypomniałem sobie klatkę z kolorowymi ptakami, którą widziałem w ich pokoju. Postanowiłem się dowiedzieć co to za ptaszki? Mąż chorej J. J. objaśnił mnie, że to *Melopsittacus undulatus*. Dalej powiedział mi, że jedna z papug w tych dniach padła, a druga choruje. Otrzymałem zapewnienie, że jeżeli i ta padnie, to ją dostanę. Tak się też stało. W Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. dr Prągłowski i stud. med. Kropaczkówna dokonali rozbioru zwłok papugi. I stwierdzili zarówno gołym okiem dostrzegalne jak i też dopiero drobnowidowemu badaniu dostępne oznaki choroby papuziej. Tym samym niecodzienne zapalenie płuc u W. K. i J. J. uznano za — papuzicę.

P. S. — Krótki nawet pobyt w obejściu, w którem się mieści chora papuga grozi zakażeniem. Papuzica przebiega pod postacią zapalenia płuc. Jest chorobą groźną. Śmiertelność z niej sięga 30%. W r. 1930 było w Warszawie, pisze Glass „szereg przypadków ciężkiego nietypowego zapalenia płuc, które można było rozpoznać jako chorobę papuzią". (Karwacki i Malinowski: Choroby zakaźne. Warszawa 1937). Poza tem nic nie wiadomo o występowaniu papuzicy w Polsce.

Prof. dr FR. K. WALTER
Prezes Krakow. Tow. Lek.

Z DZIEJÓW WOJENNYCH KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Z końcem lipca 1939 r. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie zawiesiło swe posiedzenia naukowe na czas wakacyjny. Losy wojny zrządziły, że podjęto je dopiero w połowie kwietnia 1945 r. W czasie okupacji niemieckiej Towarzystwo było nieczynne, okupant zabronił bowiem podejmowania jakichkolwiek objawów życia naukowego i towarzyskiego.

W październiku 1939 r. zawezwał mnie jako prezesa Krak. Towarzystwa Lekarskiego i dra Adama Ackermana skarbnika Towarzystwa, jedynych pozostałych w Krakowie członków Zarządu — dr Kroll komisarz niemiecki Izby Lekarskiej i oświadczył, że zawiesza czynności Towarzystwa, przejmuje gmach i majątek Towarzystwa na rzecz Izby Zdrowia i żąda przedstawienia bilansu. Dostarczyliśmy mu bilansu deficytowego, w kasie Towarzystwa pozostawała bowiem nieznaczna suma, niezbędna na opłacenie personelu Towarzystwa. Łupem Niemców padły dwie obligacje pożyczki państwowej po 100 zł. Urzędowy dekret rozwiązujący Towarzystwo otrzymałem dopiero w lecie 1940 r.

Niemiecki zarząd Towarzystwa na szczęście nie poczynił większych szkód, prócz nowego pomalowania sali posiedzeń i zamalowania fryzów, wykonanych według wzorów Wyspiańskiego, przy użyciu specjalnych wzorców malarskich. Portrety olejne i fotografie prezesów Towarzystwa ocalały, ukryte przez dozorczynię gmachu T-wa. Prywatne mieszkanie gospodarza gmachu T-wa dra Karasińskiego zabrano, a urządzenie wyrzucono na poddasze. W gmachu bardzo rzadko odbywały się zebrania niemieckich lekarzy. W czerwcu, lipcu i sierpniu 1942 r. odbyły się kursa dokształcające dla polskich lekarzy Ubezpieczalni Społecznych urządzone przez Związek Ubezpieczalni Społecznych. Dozorczynię gmachu pozostawiono na etacie Izby Zdrowia.

Tak przedstawiało się życie naukowe T-wa do 17 stycznia 1945 r. W dniu tym wybuch miny przy ul. Kopernika spowodował zniszczenie gmachu T-wa, czyniąc go niezdatnym do użytku. Bibliotekę, meble, aparaty projekcyjne i części urządzenia wewnętrznego przewieziono do gmachu Izby Lekarskiej, gdzie schronienia użyczyli chętnie prezes Izby prym. dr Gołąb i dr Ciećkiewicz. Przewiezienie majątku i zabezpieczenie zbiorów napotykało na wielkie trudności ze względu na koszta przewozu żądane przez przedsiębiorcę. W tej ciężkiej chwili — laboranci i pielęgniarze Kliniki dermatologicznej U. J. i oddziału dermatologicznego św. Łazarza — ofiarowali bezinteresownie swą pomoc i przewieźli w całości bibliotekę i meble do gmachu Izby Lekarskiej.

Zabezpieczywszy w miarę możności majątek T-wa, pomyślano o wznowieniu naukowych posiedzeń. Kilku kolegów, po naradzie z pozostałymi członkami Zarządu, prezesem T wa i sekretarzem doręcznym drem Zbigniewem Oszastem — postanowiło rozpocząć normalne życie T-wa inauguracyjnym posiedzeniem w dniu 25 kwietnia 1945 r. Postanowiono dalej, że wykłady i demonstracje odbywać się będą w sali

wykładowej Kliniki ginekologicznej, którą oddał do dyspozycji T-wa prof. dr J. Zubrzycki i w innych klinikach, zależnie od demonstrowanego materiału. W oznaczonym dniu rozpoczęto naukowe posiedzenia i od tego dnia zbierają się członkowie T-wa w każdą środę tygodnia. Ruch naukowy jest bardzo żywy, zgłoszono wiele odczytów i demonstracji — które wywołują zawsze ożywioną dyskusję. W najbliższych miesiącach odbędzie się Walne Zebranie członków T-wa, celem ukonstytuowania pełnego Zarządu i zadecydowania o losach T-wa, odbudowy gmachu, wydawnictwa pisma lekarskiego, planu prac naukowych i gospodarczych itp.

W zamierzeniach dziesiejszego Zarządu podjęto myśl o wskrzeszeniu wydawania dawnego „Przeglądu Lekarskiego", którego druk zawieszono po pierwszej wojnie, łącząc razem w jedno wydawnictwo z Gazetą Lekarską i Lwowskim Tygodnikiem Lekarskim. Istnieje uzasadniona nadzieja, że z pomocą Ministerstwa Zdrowia — będzie można wydawać tygodnik poświęcony naukom lekarskim, głównie o charakterze kliniczno-praktycznym, roztrząsającym również zagadnienia medycyny społecznej. Prace wstępne są już ukończone, sprawa materialna jedynie powstrzymuje publikację pierwszego zeszytu.

Zarząd T-wa poniósł wielkie straty w czasie ostatnich 6-ciu lat. Stały sekretarz T-wa, prof. dr Marian Gieszczykiewicz, aresztowany przez Niemców, w r. 1941, po długim pobycie w więzieniach, wywieziony do obozu koncentracyjnego, został rozstrzelany. Bibliotekarz T-wa dr Rafał Spira zmarł w czasie działań wojennych we wrześniu 1939 r. Długoletni niezwykle dla T-wa zasłużony skarbnik dr Ackerman zmarł w Krakowie w r. 1942. Nie wiemy o losach wielu honorowych członków T-wa. W latach ostatnich zmarł rektor prof. dr Kazimierz Kostanecki, prof. dr Leon Wachholz, więźniowie Oranienburga i prof. dr Emil Godlewski. W obozach i więzieniach lub z trudów wojennych zmarło wielu zwyczajnych członków T-wa. Wszystkim członkom T-wa i kolegom lekarzom poległym za Ojczyznę, zamordowanym zbrodniczo i zmarłym w latach ostatnich poświęcono w czasie pierwszego posiedzenia naukowego wyrazy głębokiego żalu, składając Zmarłym hołd pośmiertny.

Rozpoczęliśmy nowe życie w Towarzystwie dzięki niezwykle życzliwej pomocy kolegów, zarówno starszego pokolenia jak i młodych. Od pierwszych dni odzyskania wolności zasypywano mnie pytaniami o terminie podjęcia dawnej działalności. Tak gorąco wyrażane życzenia dowodziły ogromnej potrzeby żywego słowa naukowego w postaci wykładów i rozpraw. Niezwykła frekwencja uczestników każdego zebrania, dowodzi szczerości tych pragnień i potrzeb. Toteż na tym zapale wszystkich naszych Koleżanek i Kolegów buduję nową wielką, owocną przyszłość naszego Towarzystwa.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z d. 25 kwietnia 1945 r.

Otwierając po 6-letniej przerwie pierwsze naukowe posiedzenie, Prezes wita przybyłych Członków Towarzystwa, Koleżanki i Kolegów. Składa wyrazy hołdu pośmiertnego zmarłym Członkom zarządu Towarzystwa, Członkom honorowym i zwyczajnym, jako też wszystkim Kolegom lekarzom, którzy zginęli za Ojczyznę, w obozach i więzieniach lub zmarli z trudów wojennych.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłych jednominutowym milczeniem.

Następnie Prezes składa sprawozdanie z losów Towarzystwa w czasie okupacji niemieckiej. Z Zarządu pozostali tylko Prezes, Sekretarz i Naczelny redaktor Polskiej Gazety Lekarskiej. Z końcem października 1939 r., ówczesny komisarz niemiecki Izby Lekarskiej, odebrał budynek i majątek Towarzystwa, które przeszły pod zarząd Izby Lekarskiej, zabraniając równocześnie odbywania posiedzeń naukowych. W kilka dni potem zdarzeniu Prezes został aresztowany i wywieziony do obozu koncentracyjnego. Po uwolnieniu z obozu w lutym 1940 r. wręczono mu dekret władz okupacyjnych, rozwiązujący Towarzystwo. Dom Fundacyjny im. dra Mączki przeszedł pod zarząd urzędu powierniczego. Niemcy poza przemalowaniem sal nie dokonali większego zniszczenia, mebli wykonanych podług wzorów Wyspiańskiego nie wywieziono, jak również biblioteki. Dobytku Towarzystwa strzegła woźna Towarzystwa wraz z synem i ich to staraniem zawdzięczać należy, że zachowało się wiele przedmiotów, między innemi cenne portrety i zbiór fotografii prezesów Towarzystwa. W dniach walki o Kraków spadła niebywała klęska na gmach Towarzystwa. Wybuch min podłożonych pod most kolejowy przy ul. Kopernika zniszczył gmach Towarzystwa. Dach został zupełnie zrujnowany, okna z futrynami zniszczone, mury popękane. Gmach stał się niezdatny do użytku. Na szczęście ocalała biblioteka i meble. Dzięki poparciu i życzliwej pomocy kol. Gołąba i Ciećkiewicza, kierowników Izby Lekarskiej, znalazł się przytułek dla ocalałego majątku Towarzystwa w gmachu Izby Lekarskiej. Przeniesienie i zabezpieczenie zbiorów napotkało jednak na wielkie trudności i związane z tym koszta. Pomoc przyszła nadspodziewanie. Laboranci i sanitariusze Kliniki dermatologicznej U. J. i oddziału dermatologicznego Szpitala św. Łazarza: Tadeusz Burda, Stanisław Nowak, Józef Samek, Michał Ryczko, Mikołaj Fedeczko, Jan Friedel — samorzutnie oceniając znaczenie działalności i wartości dla nauki zbiorów Towarzystwa ofiarowali bezinteresownie swą pomoc w ewakuacji zbiorów. Dyrektor Szpitala udzielił pomocy, pozwalając, aby w dniach wolnych od pracy, używano koni i platformy szpitalnej do przewiezienia książek, mebli i wszystkich wartościowych przedmiotów. Trzy tygodnie trwało przeprowadzenie, przede wszystkim do gmachu Izby lekarskiej, a częściowo do kliniki dermatologicznej U. J. Wszystko niemal zostało ocalone i zabezpieczone na przyszłość. Protokoły i spis przedmiotów ocalonych przekazano aktom Towarzy-

stwa, Izby Lekarskiej i Klinice dermatologicznej. Prezes składa gorące podziękowanie inicjatorom tej akcji, bez pomocy których, kto wie jaki los spotkał by majątek Towarzystwa i prosi zebranych Kolegów o uchwalenie podziękowania dla dzielnych naszych współpracowników, co też zebranie uchwaliło wśród rzęsistych oklasków przez aklamację.

Prezes przedstawia następnie wynik narady pozostałych Członków zarządu i zaproszonych Kolegów. W naradzie brali udział: prof. Kostrzewski, prof. Oszacki, prof. Tempka, prof. Zubrzycki, naczelnik Owsiński, wiceprezes Izby dr Stein, prym. Gołąb, kol. Ciećkiewicz i Oszast. Uchwalono rozpocząć działalność Towarzystwa, jak najwcześniej, zaznaczając dzień inauguracyjnego posiedzenia na 25 kwietnia b. r. Towarzystwo już poprzednio zostało zgłoszone do rejestracji u władz wojewódzkich. Uchwalono również ustalić spis członków Towarzystwa, prosić Kolegów o zapisywanie się na członków i doprowadzić jak najszybciej do Walnego Zebrania i wyboru Zarządu. Prezes zawiadamia, że posiedzenia będą się odbywać co 8—14 dni w sali wykładowej Kliniki ginekolog. U. J., którą chętnie gospodarz gmachu prof. Zubrzycki dla celów Towarzystwa odstąpił, za co mu najserdeczniej dziękuję (oklaski). Posiedzenia będą się też odbywać w innych salach wykładowych klinik uniwersyteckich, zwłaszcza, gdy będą miały się odbyć demonstracje chorych. Kończąc sprawozdanie Prezes apeluje do wszystkich krakowskich lekarzy o jak najliczniejsze zapisywanie się na Członków Towarzystwa, aby wznowić chlubną tyloletnią działalność Towarzystwa.

Następnie odczytano protokół z poprzedniego zebrania z dnia 21. VI. 1939 r.

Prof. Miodoński wygłosił odczyt pt.: „O talencie lekarskim“ (rzecz ukaże się w druku). W dyskusji zabrał głos prof. Walter dorzucając swoje spostrzeżenia do poruszanego przez prelegenta zagadnienia.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 16 maja 1945 r.

Odczytano protokół z posiedzenia poprzedniego z dnia 25 kwietnia 1945 r. Prezes porusza sprawę poprawy stanu sanitarnego miasta Krakowa. Kraków stracił prawie wszystkie środki lokomocyjne Zakładu Czyszczenia Miasta, zabrane przez ustępującego okupanta niemieckiego, wskutek czego wszystkie posesje miasta w liczbie 7000 zalegają olbrzymie pokłady niewywiezionych odpadków i śmieci, co w związku ze zbliżającą się ciepłą porą roku grozi epidemią ostrych chorób zakaźnych. Sekretarz odczytuje pismo Naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dra Anselma skierowane w tej sprawie do Wojewody Krakowskiego, poczem zebrani uchwalają przez aklamację następującą rezolucję:

„Krakowskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu naukowym w dniu 16 maja 1945 r., zapoznawszy się z pismem Naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dra Anselma w sprawie asanizacji miasta, związanej z koniecznością wywiezienia zalegających miasto śmieci i odpadków, jak również deceniając niebezpieczeństwo możliwości wybuchu epidemii chorób zakaźnych w związku z nastałą ciepłą porą roku — uchwala zwrócić się do miarodajnych czynników z apelem o przyjście z pomocą miastu celem ułatwienia jak najrychlejszego wywozu grożących niebezpieczeństwem epidemii odpadków i śmieci“.

Prezes zapowiada rozpoczęcie starań o wydawanie pisma lekarskiego, na który to cel Ministerstwo Zdrowia obiecało wyasygnować odpowiednią subwencję. Czasopismo to, jako organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego będzie się pojawiać jako dwutygodnik pt.: „Przegląd Lekarski“.

Dr Stanisław Nowak wygłosił odczyt pt.: „Z pogranicza pediatrii i otjatrii *(mastoiditis occulta)*“. Prelegent omówił zagadnienie ukrytego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, szczególnie u niemowląt. Stanął on na stanowisku, że rozpoznanie tego schorzenia jest możliwe tylko wtedy, jeżeli bierze się pod uwagę — poza niecharakterystycznymi objawami przedmiotowymi — przede wszystkim objawy podmiotowe. Zadaniem otjatryczno-pediatrycznego badania uszu niemowlęcia jest właśnie umiejętne i właściwe odczytanie objawów podmiotowych. Prelegent stanął na stanowisku wczesnego i bezzwłocznego chirurgicznego leczenia omawianej sprawy i to mimo ujemnego wyniku badania otoskopowego, pod warunkiem jednakże, że pediatryczno-tiatryczne badanie daje wynik dodatni. Twierdzenia swoje prelegent popiera opisem odpowiednich przypadków, w których spostrzeganie kliniczne niezbicie dowodzi słuszności jego twierdzeń (rzecz w całości ukaże się w druku).

W związku z tym odczytem prof. dr Miodoński podał następujące uwagi: sprawa, którą poruszył prelegent interesuje pediatrów i otologów od bardzo dawna (Hartmann 1899). Od tych czasów po dzień dzisiejszy oscyluje ona pomiędzy skrajnymi poglądami. Gdy jedni (Pongisch, Kassel) upatrują w schorzeniach ucha kluczowej pozycji dla całości schorzenia i są zdania, że wyleczenie ucha decyduje o losie dziecka, inni (Goeppert) uważają schorzenie ucha za rzecz wtórną, rozwijającą się w następstwie schorzenia przewodu pokarmowego i że schorzenie uszne nie ma w tym zespole decydującej roli. Również gdy chodzi o leczenie ucha w tych przypadkach dzielą się lekarze na „aktywistów“ i „pesymistów“ (pediatrzy częściej należą niestety do „pesymistów“).

Pesymiści nie przypisując sprawie usznej decydującej roli są zdania i skłonni do zajmowania ściśle konserwatywnego stanowiska w stosunku do ucha. Wychodzą z założenia, że sprawa uszna poprawi się wraz z poprawą stanu ogólnego. „Aktywiści“ stoją na stanowisku, że schorzenie uszne decyduje o stanie ogólnym (zespół uszno-jelitowy), że więc nawet najradykalniejsze sposoby leczenia są na miejscu, by jak najrychlej odciążyć organizm. Doświadczenie, jakiego z czasem nabrała pediatria i otiatria w tym względzie wskazują na to, że w szeregu przypadków schorzenia uszne decydują o stanie ogólnym i o życiu dziecka (Karbowski). Jednak nie w każdym przypadku schorzenia jelit antrotomia jest jedynie odpowiednim sposobem leczenia! Ścisła i krytyczna obserwacja kliniczna, zarówno ze strony pediatry jak otiatry — jest niezbędna, by uchronić się od łatwych skrajności i sprawę postawić na właściwym miejscu. Tylko ścisła współpraca pediatry z otiatrą daje najlepszą gwarancję, że z jednej strony nie będzie się

lekkomyślnie wykonywać zabiegów, a z drugiej, że nie przeoczy się momentu, w którym zabieg będzie naprawdę koniecznym. Poleganie li tylko na bolesności uciskowej ucha i decydowanie na tej podstawie nawet przy sumiennym uwzględnieniu stanu ogólnego) o konieczności antrotomii (często obustronnej) jest nie tylko trochę romantyczne, ale i niekliniczne zgoła. Cenny ten objaw jest tylko jednym objawem więcej — w tym kierunku — by uszy jak najstaranniej przebadano. Technika badania uszu u najmłodszych dzieci jest niewątpliwie trudna, wymaga doskonałego oświetlenia, pomocy i dużego doświadczenia. Skąpość a raczej trudność w odczytaniu objawów wziernikowych u najmłodszych dzieci tłumaczą nam stosunki anatomiczne (wąski przewód, bardzo skośne ustawienie błony, grubość błony) i anatomo-patologiczne (grube pokłady tkanki myxomatycznej w uchu środkowym, brak zdolności do wytwarzania żywego „odczynu zapalnego“ na bodziec szkodliwy, mała skłonność do samoistnej błony, nieprawidłowe złuszczanie się błony, skłonność do tworzenia wyizolowanych ognisk epitympalno-antralnych (Encat). Jednak dokładne badanie obu uszu, zwracanie uwagi na zachowanie się tylko górnej ściany, węzły limfatyczne, a przede wszystkim obserwacja i codzienne badanie, ewentualnie punkcja antrum przez przewód (Lewenfisz) — dostarcza sporo danych, które przy połączeniu ze stanem ogólnym wykażą właściwą drogę postępowania i ewentualnie odpowiedni moment do wykonania zabiegu. Zarówno otolog jak pediatra oraz anatom patologiczny muszą o tym dobrze pamiętać, że stwierdzenie „ropy“, czy „treści ropiastej w uchu najmłodszych dzieci — nie jest żadnym dowodem „czynnego“ procesu (Hartmann, Goeppert, Wittmaak, Albrecht). Na przebieg zapaleń w błonach śluzowych ma decydujący wpływ obciążenie skazowe. Wpływ ten zaznacza się przez całe życie, ale najdobitniej w wieku dziecięcym. Ten musimy jak najstaranniej uwzględniać, zarówno w rozpoznawaniu (zmiany anatomo-patologiczne u skazowych mają inną wymowę, niż u nieskazowych), jak i leczeniu (obok chemoterapii, dieta, leczenie bodźcowe itd). Wiemy, że sama narkoza eterowa wpływająca wybitnie na błony wpółprzepuszczalne, wywiera często decydujący włpyw na równowagę kwaso-zasadową ustroju. Niestety nie umiemy powiedzieć, jak narkoza podziała w poszczególnym przypadku. Systematyczne oznaczanie pH krwi przed i po narkozie oraz w treści próbnej wyaspirowanej przy punkcji próbnej antrum — może tutaj dorzucić nieco światła. Czy samej narkozy nie można też traktować niekiedy jako leczenia bodźcowego? Wreszcie stwierdzenie przy operacji „zgrubiałej śluzówki“ (zwłaszcza u dzieci skazowych) w antrum — nie jest samo przez się stwierdzeniem „czynnego“ procesu w uchu. O tym zapominać nie wolno! Nawet skrupulatne badanie drobnowidzowe śluzówki nie zawsze wyjaśnia sytuację Problem jest więc bardzo trudny, nad wieloma naszymi kryteriami wisi znak zapytania. Obok zapału, wielka doza krytycyzmu może nas jedynie uchronić od nazbyt częstego wyciągania niewłaściwych wniosków.

Dr Małkiewicz zapytuje prelegenta o szczegóły powodu operowania obu uszu i wspomina o metodyce prof. Baurowicza.

Dr Nowak odpowiada, poczym dr Szpunar, podkreśla, że *mastoiditis* u małych dzieci nie zajmuje stanowiska wyjątkowego w patologii schorzeń uszu. U dorosłych istnieje również szereg schorzeń przy których występuje niezgodność pomiędzy nieznacznymi zmianami otoskopowymi a ciężkim stanem ogólnym, jak np. przy *otitis mucotica*. Toteż każdy laryngolog musi zwracać baczną uwagę na stan ogólny chorego. Za najlepszy sposób współpracy otologów z pediatrami w przypadkach *mastoiditis* u małych dzieci — uważałby system codziennych wspólnych konsultacyj, gdyż badanie ambulatoryjne, zwłaszcza jednorazowe często okazuje się niewystarczającym. W końcu dr Szpunar zaznaczył, że powinno się dążyć do jaknajwcześniejszego rozpoznania i leczenia tych przypadków, gdyż z jednej strony rozpoznanie w ostatnich okresach choroby jest znacznie trudniejsze, a z drugiej strony szanse poprawy stanu dziecka przez zabieg operacyjny są znacznie mniejsze.

W końcu dr Chudoba zwraca uwagę, że ze względu na związek przyczynowy między schorzeniem przewodu pokarmowego a schorzeniem uszu jest wskazane opracowanie ścisłej metody klinicznej, która by umożliwiała wczesne rozpoznanie oraz dawała anatomiczne uzasadnienie do antrotomii.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)* — Prezes: *(Franciszek Walter)*

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

DOCHODY LEKARZY W ŚWIETLE RZECZYWISTOŚCI

Zewsząd dochodzą skargi na traktowanie lekarzy przez władze w sposób nieodpowiedni. Tak jak gdyby nie byli pracownikami użyteczności publicznej, otrzymują karty żywnościowe III kategorii. Za prąd elektryczny płacić muszą według taryfy przemysłowej, jak gdyby gabinet lekarski był przedsiębiorstwem handlowym lub przemysłu prywatnego. Władze nie przydzielają lekarzom żadnych środków desynfekcyjnych, spirytusu, ani nawet mydła. Wskutek braku spirytusu praktyka lekarska dotkliwie cierpi. W tej ostatniej sprawie Izba wystosowała odpowiedni memoriał, który jednak pozostał bez skutku i... bez odpowiedzi. Koszta nabycia niezbędnych do wykonywania lecznictwa artykułów po cenach rynkowych zmuszeni są lekarze przerzucać na pacjentów tak, że w rezultacie ograniczenia te odbijają się na kieszeni i zdrowiu ludności.

Opinia publiczna jest zdania, że lekarze na stanowiskach publicznych są dobrze wynagradzani. Jak w rzeczywistości wygląda dochód takiego „wysoko uposażonego“ lekarza po potrąceniach, niech pokaże przykład.

Np. wynagrodzenie lekarza Ubezpieczalni Społecznej (z wysługą lat) wynosi mies. brutto zł. 2625. Od tego potrącenia

wynoszą: na podatek dochodowy zł. 315, na ubezpieczenia społeczne 74,88 zł, ustawowa składka do Izby Lekarskiej 50 zł, obowiązkowa składka do Kasy Samopomocy Izby Lekarskiej 50 zł mies., składka do związków zawodowych i towarzystw naukowych miesięcznie około 150 zł. Razem potrącenia 639,88 zł, a do wypłaty pozostaje 1985,12 zł.

Na tym nie koniec. Lekarzom wyznaczono daninę elektryczną w kwocie 1000 zł. Ponadto nałożono opłatę za rzekomą instalację już przed wojną zainstalowanego i funkcjonującego telefonu w kwocie 1000 zł! Podatek lokatorski zwiększa się progresywnie z powodu konieczności posiadania gabinetu i poczekalni, a więc dwóch ubikacji więcej.

Lekarz nie może uchylać się od przynależności do rozmaitych towarzystw społecznych i humanitarnych (P. C. K., Liga Morska, Zrzeszenie Lekarzy Uzdrowiskowych itp.) i z tego tytułu musi opłacać rozmaite składki i daniny. Powszechnie wiadomo, że wykonywanie praktyki lekarskiej połączone jest z mnóstwem niespodziewanych wydatków natury humanitarnej. Każdy lekarz leczy w wielu przypadkach bezpłatnie. Jeżeli do tego dodamy, że koszta utrzymania lekarskiego warsztatu pracy są wyższe niż w innych zawodach, że lekarz dla utrzymania swego poziomu naukowego zmuszony jest prenumerować czasopisma naukowe i kupować książki, to zobaczymy, że sytuacja ekonomiczna lekarzy przedstawia się niemal dramatycznie.

Nie należy też zapominać, że z wyjątkiem lekarzy w służbie państwowej lekarze na innych stanowiskach pozbawieni są z reguły zaopatrzenia emerytalnego, a wdowy i sieroty po nich cierpią głód i nędzę.

Szczególnie pokrzywdzeni są lekarze administracyjni. Ich czynności w urzędach pochłaniają niemal cały dzień pracy, połączone są z inspekcjami, wyjazdami, konferencjami itp. tak, że na pomaganie sobie praktyką prywatną nie mają czasu.

Ten stan rzeczy nie wróży nic dobrego. Zubożenie stanu lekarskiego odbije się fatalnie na zdrowiu publicznym i obniży naukowy poziom medycyny. Jakże lekarz będzie mógł utrzymać swój poziom naukowy i poświęcać czas na pracę społeczno-lekarską, oraz naukową, jeśli nie wystarczy mu nie tylko na pokrycie kosztów dokształcenia zawodowego, ale nawet na utrzymanie siebie i rodziny?

J. H.

Przyp. Redakcji. — Redakcja zwraca się do Członków Izby z prośbą o składanie na jej ręce zażaleń ilustrujących potrzeby i trudności lekarzy w zaopatrywaniu swoich gabinetów w niezbędne do praktyki artykuły, a także o informacje z rozmaitych odcinków życia zawodowego i placówek lecznictwa, dla uzyskania możliwie pełnego obrazu warunków pracy lekarskiej. Zażalenia te i informacje zostaną zużytkowane do sformułowania postulatów zmierzających do istotnej poprawy bytu i warunków pracy lekarzy.

CENNIK NALEŻNOŚCI LEKARSKICH

Wojewoda krakowski zatwierdził decyzją z dnia 4 czerwca 1945 r. 20-krotny mnożnik dla cennika należności lekarskich, który obowiązywał na obszarze Województwa krakowskiego od dnia 1. X. 1938 r.*

Izba Lekarska w Krakowie działając w porozumieniu ze Związkiem Zaw. Lekarzy R. P. uzyskała ten mnożnik dzięki poparciu Naczelnika Woj. Urzędu Zdrowia dra Anselma i życzliwemu stanowisku Wojewody krakowskiego mgra Ostrowskiego.

Cennik obowiązuje na wypadek nie zawarcia z lekarzem umowy o inną należność. Najniższe stawki cennika z dalszą 25%-wą obniżką należy stosować: a) jeżeli do zapłaty jest obowiązana osoba niezamożna lub związek ubogich; b) jeżeli koszty ponosi Państwo, Instytucje Ubezpieczeń Społecznych, zakłady dobroczynne i samorządy w wykonywaniu ustawowej opieki społecznej.

Stawki wyższe są stawkami orientacyjnymi i przyznawanie ich w ewentualnym sporze jest zależne od stopnia naukowego lekarza, od stopnia zamożności chorego i od poniesionego przez lekarza trudu.

Przytaczamy kilka ważniejszych pozycji wraz ze stawkami obowiązującymi lekarza w stosunku:

a) do ubogich, związków ubogich, Państwa i Inst. Ubezp. Społ. oraz samorządów (kwota wymieniona pod a) tabelki;
b) do osób niezamożnych jako stawka minimalna (kwota wymieniona pod b));
c) do osób zamożnych jako stawka maksymalna (kwota wymieniona pod c));

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 1. Porada lekarska w gabinecie lekarza:			
a) w dzień	60	80	240
b) w nocy	120	160	300
§ 2. Odwiedzanie chorego przez lekarza:			
a) w dzień	120	160	320
b) w nocy	240	320	640

§ 6. Za udział w naradzie lekarskiej (konsylium):
a) w dzień dla konsylariusza 50% więcej, dla lekarza ordynującego 25% więcej niż normy podane w § 1a) i § 2a);
b) w nocy dla konsylariusza 50% więcej, dla lekarza ordynującego 25% więcej niż normy podane w § 1b) i § 2b).

§ 7. Za poradę w niedzielę i święta wolno doliczać do powyższych poborów 50% (§§ 1a, 1b) i § 2b).

§ 8. Specjaliści mogą do norm podanych pod §§ 1a), 1b), 2a), 2b) i § 6 doliczać 50%. Tak samo mogą lekarze w uzdrojowiskach podnosić powyższe normy o 25%.

Czynności szczegółowe

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 9. Sprawozdanie z choroby	45	60	200
Sprawozdanie ze stanu obecnego z opinia	75	100	300
Szczegółowa naukowo uzasadniona opinia na podstawie poprzedniego przebiegu choroby, poparta naukowymi wywodami i przytaczająca naukowe poglądy	225	300	1000
§ 10. Oględziny zwłok z wystawieniem świadectwa przewidzianego rozp. M. O. S. z 30. XI. 1933	150	200	500
Sekcja zwłok	400	600	1200

* *Przyp. Red.*: Obwieszczenie Wojewody krakowskiego z dnia 8 września 1938 (Krak. Dz. Wojew. nr 23 z 1. X. 1938) w sprawie cennika należności lekarskich obowiązującego na obszarze Wojew. krakowskiego, wydane zostało w 1938 r. nakładem Izby Lekarskiej w Krakowie pod postacią osobnej broszury.

Z braku miejsca podajemy w Nr 1 tylko najważniejsze wyjątki z obecnie podwyższonego cennika.

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 11. Uczestnictwo w policyjnej lub innej pozasądowej rozprawie jako biegły lub świadek rzeczoznawca za każdą godzinę	90	120	200

Badanie mikroskopowe, chemiczne, bakteriologiczne serologiczne i podobne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 12. a) Mikroskopowe badanie płynów, wydzielin i wydalin	60	80	240
b) to samo z zastosowaniem barwików lub pola ciemnego	90	120	360
c) mikroskopowe badanie wycinków	90	120	360
d) badanie bakteriologiczne	90	120	400
e) badanie krwi	60	80	600
f) jakościowe badanie moczu	60	80	200
g) ilościowe badanie moczu (na cukier wzgl. białko)	90	120	300
h) badanie serologiczne na próbę Wasermanna	60	80	300
i) dokładne badanie neurologiczne lub psychiatryczne	300	400	1000
j) badanie przy użyciu aparatu Roentgena	200	300	1000
§ 13. Zastosowanie prądu elektrycznego	75	100	300
§ 14. Zastosowanie diatermii (krótkofalówki)	75	100	300

Czynności chirurgiczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 15. a) Narkoza inhalacyjna lub inny sposób znieczulenia	300	400	800
b) zamrożenie	60	80	200
§ 16. a) Podskórny zastrzyk środków nasennych oprócz kosztów za nie	60	80	200
b) zastrzyk środków leczniczych w mięśnie lub dożylnie. (Salwarsan)	75	100	200
e) infuzja podskórna	120	160	800
f) infuzja dożylna z odsłonięciem żyły	240	320	1000
g) przetoczenie krwi z żyły człowieka	400	600	3000
h) zastrzyk do lub śródsercowy	125	200	400
§ 17. a) Założenie sondy żołądkowej z ewentualnym wypłukaniem żołądka i wydobyciem treści	150	200	600
b) rektoskopia	150	200	600
§ 18. a) Upust krwi leczniczy	75	100	600
b) pobranie krwi	60	80	300
§ 19. a) Otwarcie powierzchownego ropnia lub furunkułu, rozszerzenie rany	150	200	500
b) otwarcie kilku ropni (furunkułów) w ciągu jednej konsultacji	225	300	600
c) operacja głębiej położonego ropnia lecz nie na narządach wewnętrznych lub karbunkułu (na kończynach)	450	600	1600
§ 21. a) Opatrunek mniejszej rany	60	80	120
b) opatrunek rany mocno zanieczyszczonej lub rozszarpanej	225	300	600
c) opatrunek większej rany	150	200	600
d) szew i opatrunek pierwszej rany (powyżej 5 szwów)	225	300	600
e) szew i pierwszy opatrunek mniejszej rany (poniżej 5 szwów)	150	200	400
f) założenie większego mocniejszego opatrunku ustalającego, każdorazowo	150	200	500
§ 22. b) wykonanie zwyczajnego gorsetu gipsowego lub łóżka gipsowego	750	1000	3000
§ 26. Usunięcie ciał obcych lub odłamków kości:			
a) powierzchownych i namacalnych	150	200	400
b) w drodze operacji ciała lub kości przy głębokim umiejscowieniu	375	500	1200
§2 7. Usunięcie lub pobranie płynów:			
a) z przepukliny wodnej	150	200	1000
b) z jamy piersiowej lub brzusznej	300	400	1600
c) z pęcherza lub stawu	300	400	1200
d) z kanału rdzeniowego	375	500	1000

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 28. a) Usunięcie guzów łatwiejszych do operowania zewnętrznej części ciała	300	400	600
b) usunięcie guzów trudniejszych do operowania bez otwierania jam ciała i bez odsłonięcia większych naczyń i nerwów	375	500	1500
§ 29. Zestawienie i opatrunek złamanych kości:			
a) złamanej kości twarzy, łopatki	300	400	1000
b) jednego lub więcej palców u rąk lub nóg	225	300	600
c) złamanej kości nadgarstka lub stopy śródręcza lub śródstopia	225	300	600
d) obojczyka, jednego lub więcej żeber	300	400	1200
e) przedramienia	300	400	1200
f) podudzia	300	400	1200
g) uda, ramienia lub kości miednicy	375	500	1200
h) rzepki	300	400	1200
i) szew złamanej kości lub złamań, zagojonych z przesunięciami	750	1000	5000
§ 37. Wstawienie i pierwszy opatrunek wywichniętych stawów:			
a) uda	450	600	3000
b) ramienia	300	400	1600
c) przedramienia, podudzia, stawów, rąk lub nóg	300	400	1600
d) rzepki	300	400	1200
e) dolnej szczęki	150	200	1000
f) palców u rąk lub nóg	150	200	800
g) za wstawienie i opatrunek zestarzałych wywichnięć podwójne, za krwawe wstawienie wywichnięć potrójne stawki			
h) wstawienie wrodzonego wywichnięcia stawu biodrowego	150	200	1500
i) krwawe leczenie zwyczajnego wywichnięcia kolana lub ramienia	750	1000	5000
§ 45. Założenie sztucznej odmy piersiowej	120	160	400
każde dalsze dopełnienie	75	100	200
§ 48. a) Odprowadzenie ruchomej przepukliny lub wypadnięcie odbytnicy	150	200	1000
b) odprowadzenie uwięźgniętej przepukliny	300	400	1200
§ 50. Odprowadzenie parafimozy	225	300	800
§ 51. a) Zastrzyk do cewki moczowej	75	100	200
b) instrumentalne badanie cewki moczowej	75	100	400
c) badanie cewki moczowej za pomocą endoskopu	225	300	1000

Czynności ginekologiczne i pomoc położowa

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 54. Dokładne badanie ciężarnej, rodzącej, położnicy	90	120	720
§ 55. a) Pobyt przy porodzie lub przeprowadzenie porodu bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu, połączonego ze stratą czasu do 2-ch godzin:			
w dzień	375	500	1200
w nocy	600	800	2000
b) przy ścieśnionej miednicy lub nieprawidłowym położeniu płodu (twarzowe, miednicowe, poprzeczne)	450	600	2000
§ 57. Odprowadzenie wypadniętych części drobnych	300	400	1000
§ 58. Pomoc przy porodzie, oprócz należności pod § 2a—c:			
a) pomoc ręczna	450	600	1000
b) nałożenie kleszczy wychodowych	600	800	1200
c) nałożenie kleszczy wysokich	900	1200	2000
d) obrót zewnętrzny	150	200	400
e) obrót wewnętrzny lub kombinowany, połączony z wydobyciem płodu lub bez	750	1000	1600

	a) zł	b) zł	c) zł
f) przy przodującym łożysku osobna należność	450	600	1000
g) wymóżdżenie lub rozkawałkowanie płodu wraz z wydobyciem płodu	750	1000	2000
h) rozcięcie spojenia łonowego lub kości łonowej wraz z wydobyciem płodu	750	1000	2000
i) wydobycie płodu przez cięcie pochwowe lub cięcie powłoki brzusznej przy pękniętej macicy:			
na matce żywej	1500	2000	5000
na matce zmarłej	750	1000	2000
§ 59. Próby przywrócenia do życia dziecka urodzonego z zamartwicy	150	200	1000
§ 60. a) Usunięcie łożyska zabiegiem zewnętrznym	150	200	400
b) usunięcie łożyska lub resztek łożyska zabiegiem wewnętrznym (ręcznie lub przez wyłyżyczkowanie)	450	600	1000
§ 61. Tamowanie krwotoku po porodzie	300	400	800
§ 62. a) Nałożenie szwu na świeżo rozdartą szyjkę maciczną	300	400	1000
b) nałożenie szwu na świeżo rozdarte krocze aż do zwieracza odbytnicy krocza	375	500	1000
c) nałożenie szwu na świeżo rozdarte krocze wraz ze zwieraczem i błoną śluzową odbytnicy	600	800	1200
§ 64. Odprowadzenie uwięźgniętej macicy ciężarnej	300	400	800
§ 65. a) Pobyt przy poronieniu, bez wykonia zabiegu operacyjnego, lecz z wykonaniem tamponady	300	400	800
b) operacyjne ukończenie poronienia wraz ze wszystkimi potrzebnymi zabiegami	600	800	2000
§ 66. a) Przerwanie ciąży we wczesnym okresie (do 10 tyg.)	750	1000	2000
b) przerwanie ciąży w późniejszych okresach przez cięcie pochwowe lub nałożenie balonu	1125	1500	4000
§ 67. a) Założenie do pochwy tamponu, zawierającego środki lecznicze, przepłukanie pochwy, skaryfikacja, przyżeganie szyi macicznej lub kolumnizacja sklepień	60	80	300
b) łączne wykonanie tych zabiegów	120	160	400
c) przyżeganie wnętrza jamy macicznej lub założenie tamponu do wnętrza macicy	225	300	600

Czynności okulistyczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 79. a) Dokładne badanie wzroku (łącznie z daltonizmem)	60	80	240
b) ustalenie bystrości wzroku przy niezborności lub przy zapisywaniu rzadkich środków optycznych łącznie z badaniem pod a)	60	80	400
c) badanie za pomocą sideroskopu	60	80	400
§ 87. Usunięcie ciał obcych:			
a) spojówki i powierzchni rogówki	60	80	300
b) wpalonych obcych ciał z rogówki	60	80	400

Czynności laryngologiczno-otiatryczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 105. Wyłuszczenie migdałków	450	600	4000
§ 106. Przypalenie żegadłem elektrycznym muszel dolnych w nosie obu stron na jednym posiedzeniu	150	200	800
§ 110. Usunięcie polipów z nosa lub mniejsze operacje nosowe	300	400	2400
§ 112. Otwarcie zatoki Highmora przez nos z częściową resekcją dolnej muszli	600	800	4000
§ 113. Usunięcie ciał obcych z nosa, jamy ustnej i krtani	150	200	2000
§ 114. Tamponada nosa	150	200	300
§ 117. Przebicie bębenka (paracentesis)	150	200	800
§ 118. Przecięcie ropnia migdałka lub okołomigdałkowego	150	200	1000

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

Kielce. W Kielcach ukonstytuował się już w dniu 21. I. 1945 „Związek Zawodowy Lekarzy — Oddział Kielce“ stanowiący oddział Obwodu Związku Lekarzy R. P. — Związek zarejestrowany został w Okr. Komisji Związków Zawodowych w Kielcach. Na Nadzw. Walnym Zebraniu odbytym w kwietniu b. r. wybrano Zarząd w nast. składzie: przew. dr Paszkiewicz Aleksander, zast. przew. i skarbnik dr Winnicka-Stafanowska Kazimiera, sekretarz dr Ratter Jan Bogusław, członkowie dr Filipowicz Paweł i dr Makólski Henryk.

Składki ustalono na 10 zł mies. z tym, że koledzy opodatkują się dodatkowo w razie potrzeby.

Akcja organizacyjna na terenie województwa kieleckiego napotykała na trudności z powodu złej komunikacji i częstych zmian osobowych w stanie lekarzy wywołanych przesiedleniem się lub powołaniami do wojska. W ostatnim czasie nawiązuje się kontakty z szeregiem ośrodków lekarskich na terenie województwa, wzywając je do organizowania się w okręg z siedzibą w Kielcach, aż do czasu ustalenia terenu okręgów przez Walny Zjazd Delegatów.

Oddział kielecki najzupełniej solidaryzuje się ze stanowiskiem Obwodu krakowskiego w sprawie zamierzonego włączenia lekarzy do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia (przyp. Red. tzn. wysuwa zastrzeżenia natury zasadniczej przeciw temu włączeniu).

„Słowo Lekarskie“. Związek Zawodowy Lekarzy w Łodzi zawiadamia o zamierzonym wydawnictwie miesięcznika społeczno-zawodowego pt.: „Słowo Lekarskie“. Wydawca: Związek Zawodowy Lekarzy R. P. w Łodzi. Redakcja: Łódź, ul. Piotrowska 113, pokój nr 219, tel. 215-05. Związek zaprasza do współpracy (artykuły, komunikaty) i prosi o podanie zapotrzebowania na pierwszy numer.

Biuletyn nr 2. Związek Zawodowy Lekarzy R. P. Obwód Kraków wydał biuletyn, który podajemy w streszczeniu.

Obwód krakowski organizuje nast. sekcje:

1. Sekcję lekarzy szpitalnych (pracujących w klinikach i szpitalach); 2. Sekcję lekarzy Ubezpieczalni Społecznej; 3. Sekcję lekarzy administracyjnych;

4. Sekcję lekarzy szkolnych; 5. Sekcję lekarzy kolejowych; 6. Sekcję lekarzy wolnopraktykujących i 7. Sekcję Medycyny Społecznej.

Najwcześniej utworzona Sekcja Medycyny Społecznej rozwija ożywioną działalność. Odbyła dotychczas 2 posiedzenia. Tematem wykładów były: 1. „Przesłanki ideologiczne uspołecznionej służby zdrowia"; 2. „Perspektywy realizacji uspołecznionej służby zdrowia".

Z inicjatywy Obwodu krakowskiego powstały Obwody w Miechowie, Rzeszowie, Tarnowie i Chrzanowie. Uzyskano kontakt z Łodzią. Są również wiadomości o organizowaniu się lekarzy śląskich w Katowicach. Z innych terenów nie ma na razie sprawozdań.

Konsekwencją powstania wyżej wymienionych obwodów było utworzenie Okręgu Krakowskiego z siedzibą w Krakowie. Zarząd Okręgu składa się z Zarządu Obwodu krakowskiego i przewodniczących oraz sekretarzy pozostałych Obwodów, zaś Wydziałem Wykonawczym Okręgu jest na razie Zarząd Obwodu krakowskiego.

Okręg organizuje dalsze Obwody na terenie województw krakowskiego i rzeszowskiego w przekonaniu, iż utworzenie jednolitej i zwartej organizacji jest sprawą pilną i ważną dla społeczeństwa i świata lekarskiego.

Obwód krakowski uzyskał już rejestrację w Wojew. Komisji Związków Zawodowych jako Związek Zawodowy. Obecnie idzie o zapewnienie Związkowi Lekarzy pełnej samodzielności i niezależności. Niebezpiecznym i wprost zgubnym byłoby pogrążenie lekarzy w Zawodowym Związku Pracowników Służby Zdrowia, grupującym rozmaite siły pomocnicze tak czy inaczej związane z działalnością lekarzy i ich terenem pracy. Stanowisko to uzasadnione zostało w piśmie do Centr. Kom. Związ. Zaw. w Warszawie.

Władze administracyjne zwracają się już do Zarządu Związku Lekarzy R. P. o opiniowanie kandydatów na stanowiska w służbie zdrowia. Opinia Związku uwzględnia poziom fachowy kandydata, jego oblicze moralne i jest dla władz gwarancją trafnego wyboru.

Wojewoda krakowski zatwierdził propozycję Związku o 20 krotnym mnożniku cennika, który obowiązywał na obszarze Województwa krakowskiego w r. 1938. Cennik ten ma moc obowiązującą na wypadek nie zawarcia z lekarzem umowy przez pacjenta o inną należność. Najniższe stawki ustalone w cenniku należy pobierać: a) jeżeli do zapłaty obowiązana jest osoba uboga lub Związek Ubogich, b) jeżeli koszta ponosi Państwo, inst. ubezpieczeń społecznych, zakład dobroczynny i samorządy w wykonywaniu ustawowej opieki społecznej. Od tych najniższych stawek mają prawo wymienione wyżej osoby i instytucje pobierać 25%

Obwód krakowski interweniował w sprawie dopuszczenia jego przedstawicieli do Miejskiej Rady Narodowej i oczekuje na wynik. Delegat Okręgu krakowskiego zasiada już w Wojew. Radzie Narodowej.

Statut. — Prace nad zmianą statutu są w toku. Wyniki będą wymagały zatwierdzenia przez Walne Zebranie.

Obwód we Wrocławiu. Dnia 3. VII. br. zgłosił dr Witold Adamek utworzenie Obwodu Związku Zaw. Lekarzy R. P. we Wrocławiu. Zarząd: przwod. dr Witold Adamek, sekr. dr Dzioba, skarbnik dr Bohdanowicz, czł. Zarządu: dr Trojanowski, dr Bojhut. Delegaci do Okręgu: dr Gierszewski i dr Piotr. Ilość członków Obwodu wynosi dotychczas 35 lekarzy.

W Krośnie powstał Obwód Związku Zaw. Lekarzy R. P. — W stadium organizowania jest Obwód obejmujący Nowy Sącz, Limanową i Krynicę.

Z ŻYCIA SEKCJI

Sprawozdanie z Sekcji medycyny społecznej z 14 maja 1945

Dnia 14 maja 1945 r. odbyło się organizacyjne zebranie Sekcji Medycyny Społecznej przy Związku Lekarzy R. P. w Krakowie.

Zebranie zagaił z ramienia Zarządu Z.L.R.P. kol. Marcinkowski, kładąc szczególny nacisk na konieczność włączenia się również lekarzy w nurt dojrzewających na całym świecie wielkich przemian oraz podnosząc, że tryumf medycyny społecznej musi w konsekwencji sprowadzić niebywały wzrost wpływu świata lekarskiego na ukształtowanie się życia społecznego na każdym prawie polu.

Po objęciu przewodnictwa zebrania przez prof. M. Rutkowskiego i odczytaniu porządku dziennego referat „O przesłankach ideologicznych współczesnej służby zdrowia" wygłosił kol. Stanisław Lifszyc.

Jako wstępne założenie wysunął prelegent to, że spostrzegane wszędzie dążenia ku zdemokratyzowaniu naszego życia w sensie tworzenia równych dla wszystkich obywateli szans awansu i startu społecznego implikuje w sobie postulowanie prawa każdej jednostki do zagwarantowanej przez społeczeństwo pomocy lekarskiej. W ramach uspołecznionej gospodarki może i musi się znaleźć miejsce dla upowszechnionej służby zdrowia.

Drugie podstawowe założenie ujmuje prelegent w twierdzeniu, że uspoł. służba zdrowia uwarunkowana jest potrzebą zwalczania dezorganizacji i anarchii zachwaszczającej dziedzinę lecznictwa. Sprzeczności rozsadzające również świat lekarski, jak np. chaos w dziedzinie „podaży i popytu" (lekarze bez pacjentów po miastach, zaś chorzy bez lekarzy na wsi), lub kontrast między zorientowaną na zdrowego człowieka medycyną teoretyczną, a wzmagającą się komercjalizacją niektórych środowisk lekarskich (już nie mówiąc o jaskrawej dehumanizacji medycyny praktycznej w krajach faszystowskich), dadzą się usunąć jedynie w drodze planowego zorganizowania powszechnej służby zdrowia, podporządkowanej potrzebom ogółu, a nie motywowi zysku.

Po trzecie: żądanie uspołecznienia służby zdrowia zdeterminowane jest przez rozwój samej medycyny jako nauki. Ewolucja tej ostatniej wyznacza olbrzymią rolę nowoczesnej profilaktyce, która z kolei, z racji rozległości swoich celów i zadań, zapładnia szereg innych dziedzin polityki socjalnej ideologicznymi przesłankami uspołecznionej służby zdrowia.

Po czwarte: wzrost kultury zdrowia w szerokich warstwach ludowych jest funkcjonalnie związany

z rozbudową uspoł. służ. drowia. W konsekwencji przybywa więcej placówek lekarskich. Poza tym medycyna społeczna przestaje być zagadnieniem obchodzącym wyłącznie lekarzy. Jeśli rozwój życia nowoczesnego nie jest do pomyślenia bez lekarza, to — z drugiej strony — oswoić się musimy z tym, że rozkwit urządzeń uspoł. służby zdrowia nie może się obejść bez wydatnej pomocy konsumentów pomocy lekarskiej.

Wreszcie, uspołecznienie służby zdrowia, ożywczo zgalwanizuje naszą deontologię. Lekarz — należycie oczywiście zabezpieczony w swoich potrzebach — z czasem wielce zyska na powadze i godności w nowym, wolnym od kramikarstwa i cennika klimacie.

Prelegent omówił w końcu objektywne przeszkody leżące na drodze urzeczywistnienia racjonalnego lecznictwa masowego (mała liczba lekarzy i ich fatalne rozmieszczenie) oraz zanalizował właściwe motywy i tło zwróconych przeciw nowym prądom zarzutów) zaczerpniętych z osławionej trylogii ideologicznej: bezpośredniość kontaktu chorego z lekarzem, nieograniczony wolny wybór lekarza i zachowanie tajemnicy lekarskiej).

Sprawę regulaminu Sekcji referował kol. Marcinkowski.

W wyniku dyskusji, w której głos zabierali prof. Rutkowski, kol. Gołąb, Sokołowski, Smoluchowski i referenci, uchwalono regulamin i wybrano kierownictwo Sekcji w osobach kol. Lifszyca, Marcinkowskiego i Swata.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

OD REDAKCJI

Wydarzenia wojenne i terror okupanta niemieckiego rozerwały łączność świata lekarskiego, a trudności wydawnicze i komunikacyjne utrudniają jej ponowne nawiązanie.

Redakcja zwraca się tedy do ogółu Kolegów z odezwą o nadsyłanie jak najobfitszego materiału publikacyjnego na następujące tematy:

Dzieje świata lekarskiego w dobie okupacji i na przełomie; historia zakładów leczniczych, uzdrowisk, instytutów naukowych, organizacji i towarzystw lekarskich itd.; praca podziemna lekarzy; spostrzeżenia z obozów koncentracyjnych i więzień (z punktu widzenia lekarskiego); *dokumenty hańby niemieckiej medycyny* (zachowanie się niemieckich lekarzy, doświadczenia „naukowe“ nad więźniami itp.), możliwie z podaniem miejsca, czasu, nazwisk i innych danych odnoszących się do zbrodniczej działalności władz okupacyjnych i lekarzy niemieckich. Cenny materiał stanowić będą również doświadczenia, spostrzeżenia i ważniejsze przypadki z praktyki lekarskiej wykonywanej w najtrudniejszych warunkach wojennych i powojennych, przy braku zasadniczych środków leczniczych (np. insuliny), zajęciu najlepszych zakładów leczniczych. Zielarstwo lecznicze. Spostrzeżenia co do pojawienia się i znikania chorób zakaźnych. Wreszcie spostrzeżenia i wnioski dotyczące miejscowych i ogólnych potrzeb zdrowotnych i eugenicznych kraju.

Przy pomocy ogółu Kolegów Redakcja ma nadzieję zapełnić numery pisma bogatą treścią, zaspokoić długotrwały głód lekarskiego słowa i informacji, przyczynić się do odbudowy łączności i współpracy w zawodowym życiu lekarskim.

Z POLSKIEJ AKADEMII UMIEJĘTNOŚCI

Na pierwszym od lat sześciu publicznym zgromadzeniu P. A. U. ogłoszono listę strat poniesionych przez Akademię obejmującą 70 nazwisk, wśród nich wielu uczonych światowej sławy zmarłych śmiercią męczeńską w niemieckich obozach koncetracyjnych. Na Wydziale lekarskim P. A. U. zmarło 12 człoków czynnych:

1. Adolf Beck
2. Emil Godlewski
3. Kazimierz Kostanecki
4. Roman Nitsch
5. Witold Nowicki
6. Kazimierz Orzechowski
7. Leon Wachholz
8. Mieczysław Konopacki
9. Edward Loth
10. Jerzy Modrakowski
11. Hilary Schramm
12. Marian Franke

tudzież pięciu członków korespondentów:

1. Michalina Stefanowska
2. Franciszek Giedroyć
3. Roman Rencki
4. Marian Gieszczykiewicz
5. Stefan Pieńkowski

Na Wydziale lekarskim P. A. U. dokonano obioru nowych członków. Wybrani zostali na członków czynnych krajowych:

1. Franciszek Czubalski, prof. fizjologii
2. Witold Kapuściński, prof. okulistyki
3. Włodzimierz Koskowski, prof. farmakologii doświadczalnej
4. Karol Mayer. prof. radiologii lekarskiej
5. Jan Olbrycht, prof. medycyny sądowej
6. Franciszek Walter, prof. dermatologii i wenerologii

Na członków korespondentów krajowych:

1. Antoni Jurasz,
   prof. chirurgii
2. Andrzej Klisiecki,
   prof. fizjologii
3. Józef Kostrzewski,
   prof. ostrych chorób zakaźnych
4. Alfons Krause,
   prof. chemii
5. Jan Miodoński.
   prof. chorób uszu, nosa i gardła
6. Edward Niezabitowski,
   prof. biologii
7. Kazimierz Opoczyński.
   b. prof. anatomii patolog.
8. Zenon Orłowski,
   b. prof. diagnostyki i terapii ogólnej chorób wewnętrznych
9. Aleksander Oszacki,
   prof. medycyny wewnętrznej
10. Ludwik Paszkiewcz,
    prof. anatomii patalog.
11. Stanisław Sierakowski,
    doc. bakteriologii

Habilitacje na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego

Veniam legendi uzyskali: na posiedzeniu Rady Wydziału z dn. 25/IV br. Dr. Zbigniew Oszast, z zakresu dermatologii, wenerelogii i fizykolecznictwa. — Na posiedzeniu z dnia 27/VI b. r. Dr. Mieczysław Kubiczek, z zakresu medycyny wewnętrznej.

POLSKI CZERWONY KRZYŻ

LECZNICA W ZAKOPANEM

ZMIANA WARUNKOW PRZYJĘCIA CHORYCH W ZAKOPANEM

W Zakopanem mogą być przyjmowani chorzy potrzebujący leczenia wysokogórskiego na następującyeh warunkach:

1. Wskazania lekarskie,
2. Wkładka członkowska P. C. K. 5 zł miesięcznie,
3. Taksa dzienna 30 zł płatna z góry za miesiąc,
4. Własne dożywienie, które dziś kalkuluje się około 100 zł dziennie (pomoc w dostarczaniu środków żywności zabezpieczona przez nasze opiekunki społeczne),
5. Przyniesienie własnej pościeli i bielizny pościelowej osobistej, a więc conajmniej: poduszkę, 3 prześcieradła, 2 poszewki, koc, 2 ręczniki, 2 zmiany bielizny osobistej,
6. szczoteczkę do zębów, mydło itp.,
7. Dorośli przyjmowani będą na Oddział płucny szpitala miejskiego „Warszawianka“ i do Szpitala P. C. K. w Poroninie. Dzieci zaś do 12 lat do Sanatorium Uniw. Jagiellońskiego na Bystrem. Te ostatnie skierowuje tylko ambulatorium kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell. Kraków, gdzie wszelkie dzieci muszą być uprzednio zbadane i uzyskać skierowanie.
8. Chorzy zgłaszać się muszą do Dyrekcji Sanatorium P. C. K. Zakopane, gdzie też można otrzymać wszelkie informacje i kierować całą korespondencję i przesyłać pieniądze jak i inne.

Dyrektor
podpis nieczytelny mp.

OD ADMINISTRACJI

Celem rozesłania okazowych numerów „Przegladu Lekarskiego“ Administracja zwraca się do wszystkich Kolegów zamieszkałych poza Krakowem z prośbą o przesłanie swoich dokładnych adresów, z podaniem miejscowości, urzędu pocztowego, ulicy i nru domu. Konieczne jest również podawanie dokładnego adresu przy wpłacaniu prenumeraty przez P. K. O. lub przekazem pocztowym.

Administracja zwraca się również z prośbą do PP. Lekarzy powiatowych, aby w wykazach nadsyłanych Izbom lekarskim podawali dokładne adresy lekarzy.

WARUNKI PRENUMERATY

Członkowie Krakowskiego Twa Lekarskiego otrzymują pismo po cenie kosztów wydawnictwa, tj. kwartalnie 150 zł. Dla innych prenumerata kwartalna 180 zł. Cena pojedynczego egzemplarza poza prenumeratą 40 zł.

Prenumeratę należy zgłaszać w Administracji „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie ul. Krupnicza 11 a, m. 13, tel. 543-16.

Regulamin ogłaszania prac

1. Prace należy nadsyłać możliwie w formie maszynopisów. Zapisywać należy 1 stronicę arkusza. Rękopisy trudno czytelne będą Autorom zwracane.

2. Nazwiska autorów należy w pracach wypisywać rozstrzelonym drukiem, a nazwy w obcych językach podkreślać linią falistą (oznacza „kursywę“).

Z uwagi na koszta nakładu należy możliwie unikać układu tabelarycznego tam, gdzie nie wpłynie to ujemnie na przejrzystość tekstu.

3. Autorzy oryginalnych prac naukowych otrzymują bezpłatnie 20 egz. odbitki.

4. Prace nadsyłać należy wprost do Redakcji „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie, ul. Krupnicza 11 a, m. 13, tel. 543-16.